




3 1761 11701571 9



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117015719>



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,
des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du Sous-comité sur la

Population Health

Santé des populations

Chair:

Président :

The Honourable WILBERT J. KEON

L'honorable WILBERT J. KEON

Thursday, November 15, 2007
Thursday, November 22, 2007
Wednesday, November 28, 2007

Le jeudi 15 novembre 2007
Le jeudi 22 novembre 2007
Le mercredi 28 novembre 2007

Issue No. 1

Fascicule n°1

Organization meeting and

Réunion d'organisation et

First and second meetings on:

Première et deuxième réunions sur :

The impact of the multiple factors and conditions
that contribute to the health of Canada's populations —
known collectively as the social determinants of health

Les divers facteurs et situations qui contribuent à
la santé de la population canadienne, appelés
collectivement les déterminants sociaux de la santé

NOTE:

For the report to the Senate on the Budget 2007-2008
of the Subcommittee on Population Health
refer to Issue No. 1 of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology

NOTA :

Pour le rapport au Sénat sur le budget 2007-2008
du sous-comité sur la santé des populations,
voir le fascicule n° 1 du Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane
Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown
Callbeck
Cochrane
Cook
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

ORDERS OF REFERENCE

Extract of the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology of Wednesday, November 14, 2007:

The Honourable Senator Pépín moved:

That the Subcommittee on Population Health be established to study matters which may be referred to it by the main committee;

That the subcommittee consist of a maximum of seven (7) members, three (3) of whom shall constitute a quorum;

That the initial membership of the subcommittee be as follows: the Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépín;

That the subcommittee be authorized to send for persons, papers and records, whenever required, and to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by it;

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and section 7, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, the committee's authority to commit funds be conferred on the subcommittee;

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and section 8, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, the committee's authority for certifying accounts payable be conferred on to the subcommittee;

That the committee's authority, pursuant to paragraph 8 of the Senators Attendance Policy, be conferred on the subcommittee; and

That, subject to the approval of the Senate, the committee's power to permit coverage by electronic media of public proceedings be conferred on the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

La greffière du comité

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 20, 2007:

The Honourable Senator Keon moved, seconded by the Honourable Senator Watt:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health —

ORDRES DE RENVOI

Extrait du *Procès-verbal* de la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du mercredi 14 novembre 2007 :

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépín :

Que le Sous-comité sur la santé des populations soit créé pour étudier les questions que pourrait lui renvoyer le comité principal;

Que le Sous-comité soit composé au plus de sept (7) membres, dont trois (3) constitueront le quorum;

Que le Sous-comité soit composé dans un premier temps des membres suivants : les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépín;

Que le Sous-comité soit autorisé à convoquer des témoins, à faire produire des documents et des dossiers, et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages qu'il juge à propos;

Que, conformément à l'article 32 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'engager les fonds du Comité soit conférée au Sous-comité;

Que, conformément à l'article 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à l'article 8, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du Comité soit conférée au Sous-comité;

Que l'autorisation du Comité, conformément à l'article 8 de la Politique relative à la présence des sénateurs, soit conférée au Sous-comité;

Que, sous réserve de l'approbation du Sénat, le pouvoir du Comité d'autoriser la diffusion des délibérations publiques par les médias d'information électroniques soit conféré au Sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait du *Procès-verbal* du mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de

including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the Committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the social determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the Committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the Committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2009, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Extract of the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology of Wednesday, November 21, 2007:

The Honourable Senator Trenholme Counsell moved:

That the order of reference adopted by the Senate on November 20, 2007 regarding the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health, be referred to the Subcommittee on Population Health.

The question being put on the motion, it was adopted.

La greffière du comité

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerner leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat,

La motion mise aux voix, est adoptée.

Extrait du *Procès-verbal* de la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du mercredi 21 novembre 2007 :

Il est proposé par l'honorable sénatrice Trenholme Counsell :

Que l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le 20 novembre 2007 au sujet des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, soit renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, November 15, 2007

(1)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:00 a.m. this day, in room 705, Victoria Building, for the purpose of holding its organization meeting.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C.

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

The committee proceeded to organize.

The clerk of the subcommittee presided over the election of the chair.

The Honourable Senator Pépin moved that the Honourable Senator Keon do take the chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Keon took the chair.

The Honourable Senator Callbeck moved that the Honourable Senator Pépin be deputy chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Pépin moved:

That the chair, the deputy chair and the Honourable Senator Cook be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses and schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Pépin moved:

That the subcommittee print its proceedings; and

That the chair be authorized to set this number to meet demand.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That, pursuant to rule 89, the chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided that a member of the subcommittee from both the government and the opposition be present.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Callbeck moved:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 15 novembre 2007

(1)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, pour tenir sa séance d'organisation.

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P.

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Le comité entame sa séance d'organisation.

La greffière du sous-comité préside à l'élection d'un président.

L'honorable sénateur Pépin propose que l'honorable sénateur Keon assume la présidence du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon occupe le fauteuil.

L'honorable sénateur Callbeck propose que l'honorable sénateur Pépin soit vice-présidente du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le président, la vice-présidente et l'honorable sénateur Cook soient autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité, relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le sous-comité fasse imprimer ses délibérations; et

Que le président soit autorisé à déterminer le nombre d'exemplaires à imprimer pour répondre à la demande.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que, conformément à l'article 89 du Règlement, le président soit autorisé à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Callbeck propose :

That the chair, on behalf of the subcommittee, ask the Library of Parliament to assign analysts to the subcommittee.

That the chair, the deputy chair and Senator Cook be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the subcommittee; and

That the chair, on behalf of the subcommittee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries and draft reports.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and section 7, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the subcommittee; and

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and section 8, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority for certifying accounts payable by the subcommittee be conferred individually on the chair, the deputy chair, and the clerk of the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Pépin moved:

That the subcommittee empower the chair, deputy chair and Senator Cook, to designate as required, one or more members of the subcommittee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That the chair, deputy chair and Senator Cook be authorized to:

1) determine whether any member of the subcommittee is on «official business» for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and

2) consider any member of the subcommittee to be on «official business» if that member is: (a) attending a function, event or meeting related to the work of the subcommittee; or (b) making a presentation related to the work of the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Pépin moved:

That, pursuant to the Senate guidelines for witnesses expenses, the subcommittee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

The question being put on the motion, it was adopted.

Que le président, au nom du sous-comité, demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des attachés de recherche au sous-comité;

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à faire appel aux services des experts-conseils dont le sous-comité pourra avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

Que le président, au nom du sous-comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, le pouvoir d'engager les fonds du sous-comité soit conféré individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur les finances publiques, et à l'article 8, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du sous-comité soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le sous-comité autorise le président, la vice-présidente et le sénateur Cook à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du sous-comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à :

1) déterminer si un membre du sous-comité remplit un « engagement public » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et

2) considérer qu'un membre du sous-comité remplit un « engagement public », si ce membre : a) assiste à une réception, à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du sous-comité; ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que, conformément aux lignes directrices concernant les frais de déplacement des témoins, le sous-comité rembourse les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement aura été présentée, mais que le président soit autorisé à permettre le remboursement de dépenses à un deuxième témoin de ce même organisme en cas de circonstances exceptionnelles.

La question, mise aux voix, est adoptée.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That the chair, deputy chair and Senator Cook be empowered to allow, at their discretion, coverage by electronic media of the subcommittee's public proceedings with the least possible disruption of its hearings

The question being put on the motion, it was adopted.

The chair noted that the time slot for meeting of the subcommittee is Wednesdays 4:00 - 6:00 p.m.

The Honourable Senator Pépin moved:

That each subcommittee member be allowed to have staff persons present at in camera meetings, unless there is a decision for a particular meeting to exclude all staff.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 11:05 a.m., pursuant to rule 92 (2)(e), the subcommittee continued in camera to consider a draft agenda.

It was agreed that Frances Shapiro Munn, Lynne Champoux-Williams and Mary Rose Hillyer, students at McGill University who were shadowing senators for their work day, be permitted to remain for the in camera session.

The subcommittee discussed future business.

At 11:45 a.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, November 22, 2007
(2)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 11:00 a.m., in room 257 East Block, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn P.C., Keon, and Pépin (7).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton P.C.

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee began its examination on population health.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à permettre, à leur discrétion, la diffusion des délibérations publiques du sous-comité par les médias d'information électroniques, de manière à déranger le moins possible ses travaux.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le président indique que l'horaire des séances du sous-comité sera le suivant : les mercredis, de 16 heures à 18 heures.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que chaque membre du sous-comité soit autorisé à être assisté de membres de son personnel pendant les séances à huis clos, à moins qu'il ne soit décidé, pour une séance en particulier, d'exclure l'ensemble du personnel.

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 11 h 5, conformément à l'alinéa 92(2)e du Règlement, le sous-comité poursuit ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

Il est convenu que Frances Shapiro Munn, Lynne Champoux-Williams et Mary Rose Hillyer, étudiantes à l'Université McGill, qui ont suivi les sénateurs pendant leur journée de travail, soient autorisées à assister à la séance à huis clos.

Le sous-comité discute de ses travaux futurs.

À 11 h 45, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 22 novembre 2007
(2)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P.

Aussi présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité entreprend son examen relatif à la santé des populations.

*WITNESSES (by video conference):**Swedish Ministry of Health and Social Affairs:*

Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division.

Swedish National Institute of Public Health:

Dr. Gunnar Ågren, Director General;
Bernt Lungren, Public Health Policy Expert.

Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences:

Piroska Östlin, Senior Researcher.

Ms. Nilsson-Carlsson, Dr. Ågren, Mr. Lungren, and Dr. Ostlin, each made a statement and, together, responded to questions.

The Honourable Senator Pépin moved:

That the following special study budget application (population health) be approved for submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

Summary of Expenditures:

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Professional and Other Services | \$120,500 |
| Transportation and Communications | \$53,070 |
| All Other Services | \$8,250 |
| Total: | \$ 181,820 |

The question being put on the motion, it was adopted.

At 12:50 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, November 28, 2007
(3)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:06 p.m., in room 9 Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (7).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Munson (2).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

*TÉMOINS (par vidéoconférence) :**Ministère de la santé et des affaires sociales de Suède :*

Irene Nilsson-Carlsson, directrice générale adjointe, Division de la santé publique.

Institut national de la santé publique de Suède :

Dr Gunnar Ågren, directeur général;
Bernt Lungren, spécialiste des politiques de santé publique.

Institut Karolinska, Département des services de santé publique :

Piroska Östlin, chercheure principale.

Mme Nilsson-Carlsson, le Dr Ågren, M. Lungren et le Dr Ostlin font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le budget suivant, pour l'étude spéciale (santé des populations) soit approuvé et soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie :

Résumé des dépenses :

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Services professionnels et autres | 120 500 \$ |
| Transports et communications | 53 070 \$ |
| Autres services | 8 250 \$ |
| Total : | 180 820 \$ |

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 12 h 50, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 28 novembre 2007
(3)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., et Munson (2).

Aussi présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

*WITNESSES:**The Quaich Inc:*

Patsy Beattie-Huggan, President.

McMaster University:

John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences.

PEI Department of Health:

Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations.

Ms. Beattie-Huggan, Mr. Eyles and Ms Hennebery each made a statement and answered questions.

At 5:55 p.m., the subcommittee suspended.

At 5:58 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee continued in camera to consider a draft agenda.

At 6:12 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:**TÉMOINS :**The Quaich Inc. :*

Patsy Beattie-Huggan, présidente.

Université McMaster :

John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la Terre.

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard :

Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel.

Mme Beattie-Huggan, M. Eyles et Mme Hennebery font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 17 h 55, la séance est interrompue.

À 17 h 58, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le sous-comité reprend ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

À 18 h 12, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, November 15, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11 a.m. to organize the activities of the subcommittee.

[English]

Barbara Reynolds, Clerk of the Committee: Honourable senators, as clerk of your subcommittee, it is my duty to preside over the election of the chair.

[Translation]

I am ready to receive a motion to that effect.

[English]

Are there any nominations? It is moved by the Honourable Senator Pépin that the Honourable Senator Keon do take the chair of this subcommittee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Ms. Reynolds: I declare the motion carried.

[Translation]

I invite Honourable Senator Keon to take the chair.

[English]

Senator Wilbert J. Keon (Chair) in the chair.

The Chair: Thank you very much again. We have a lot of work to do and a lot of fun to have. I think we will be very pleased when we are finished with all of this.

The next item is the election of the deputy chair. Are there any nominations?

Senator Callbeck: I nominate Senator Pépin.

The Chair: Are there any further nominations? All those in favour?

Carried.

The next items states that the chair and deputy chair be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to agenda. Can we have a motion for that?

Senator Fairbairn: I so move.

The Chair: We can name the person to this position. Senator Cook has served in the past. Perhaps someone move her name.

Senator Fairbairn: I will so move.

The Chair: Thank you very much, Senator Fairbairn.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 15 novembre 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, pour tenir sa séance d'organisation.

[Traduction]

Barbara Reynolds, greffière du comité : Honorables sénateurs, il m'appartient en tant que greffière de votre sous-comité de présider à l'élection à la présidence.

[Français]

Je suis prête à recevoir une motion à cet effet.

[Traduction]

Y a-t-il des propositions? Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin que l'honorable sénateur Keon soit président du sous-comité. Pla  t-il aux honorables sénateurs d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Mme Reynolds : Je déclare la motion adoptée.

[Français]

J'invite l'honorable sénateur Keon à prendre place au fauteuil.

[Traduction]

Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

Le président : Merci beaucoup encore une fois. Nous avons énormément de pain sur la planche et de plaisir en perspective. Je pense que nous serons très heureux une fois tout ce travail terminé.

Le point suivant à l'ordre du jour est l'élection du vice-président. Y a-t-il des propositions?

Le sénateur Callbeck : Je propose le sénateur Pépin.

Le président : Y a-t-il d'autres propositions? Tous ceux en faveur?

Adopté.

La motion suivante porte que le président et le vice-président soient autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme. Quelqu'un peut-il proposer une motion à cet effet?

Le sénateur Fairbairn : J'en fais la proposition.

Le président : Nous pouvons nommer la personne à ce poste. Le sénateur Cook l'a occup   dans le passé. Quelqu'un pourrait la proposer.

Le sénateur Fairbairn : J'en fais la proposition.

Le président : Merci beaucoup, sénateur Fairbairn.

Then we have the motion to print subcommittee proceedings, with which you are all familiar. Would someone move that? Senator Pépin.

The fifth item concerns the authorization to hold meetings and to print evidence when quorum is not present, which you are familiar with again.

Senator Fairbairn: I will move that.

The Chair: Senator Fairbairn.

The sixth item refers to research staff. Senator Pépin so moves.

Carried.

The seventh item concerns the authority to commit funds and certify accounts, with which the committee is familiar. Senator Fairbairn so moves.

Carried.

Travel is the topic of the eighth motion. Senator Pépin so moves.

Carried.

The ninth motion is the designation of members travelling on subcommittee business. Senator Fairbairn so moves.

Carried.

Item 10 concerns travelling and living expenses of witnesses. Senator Pépin so moves.

Carried.

Item 11 concerns electronic media coverage of the public meetings. Senator Fairbairn so moves. Thank you very much.

You missed an exciting portion of the meeting, Senator Brown.

Senator Brown: I hope you did not put me on anything I am not already on.

The Chair: Now we have the motion, again with which you are familiar, about attendance of senators' staff at in camera meetings. If we have this motion now, we do not have to have it before each meeting. Senator Pépin so moves.

Carried.

Ms. Reynolds: Would you like to go in camera to discuss future business?

The Chair: Yes, we should have a brief meeting to discuss future business. Senator Cook is not here, but Senator Pépin, Senator Cook and I met informally about this. I would like to lay out to those here what lies ahead.

Ms. Reynolds: I do not believe you need the stenographers for this portion, so you could dismiss them.

Ensuite, nous avons la motion portant sur l'impression des délibérations du sous-comité, que vous connaissez tous. Quelqu'un peut-il proposer l'adoption de la motion? Sénateur Pépin.

La cinquième motion a trait à l'autorisation à tenir des réunions et à l'impression des témoignages en l'absence de quorum, que vous connaissez aussi.

Le sénateur Fairbairn : J'en fais la proposition.

Le président : Sénateur Fairbairn.

La sixième motion concerne le personnel de recherche. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La septième motion porte sur l'autorisation à engager des fonds et à approuver les comptes à payer, que vous connaissez tous. Le sénateur Fairbairn en fait la proposition.

Adopté.

La huitième motion porte sur les voyages. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La neuvième motion concerne la désignation des membres qui voyagent pour les affaires du sous-comité. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La dixième motion porte sur les frais de déplacement des témoins. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La onzième motion a trait à la diffusion des délibérations publiques par médias d'information électronique. Le sénateur Fairbairn en fait la proposition. Merci beaucoup.

Vous avez manqué une partie passionnante de la réunion, sénateur Brown.

Le sénateur Brown : J'espère que vous ne m'avez pas confié de tâches que je n'ai pas déjà.

Le président : Maintenant, nous devons adopter la motion, que vous connaissez aussi, relative à la présence du personnel aux séances à huis clos. Si nous l'adoptons maintenant, nous n'aurons pas à le faire avant chaque réunion. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

Mme Reynolds : Souhaitez-vous poursuivre à huis clos pour discuter des travaux futurs?

Le président : Oui, nous devrions tenir une brève réunion pour discuter de nos travaux futurs. Le sénateur Cook n'est pas là, mais le sénateur Pépin, le sénateur Cook et moi-même avons eu une rencontre informelle à ce sujet. J'aimerais exposer aux membres ici présents ce qui nous attend.

Mme Reynolds : Je ne crois pas que vous ayez besoin des sténographes pour cette partie; vous pouvez les inviter à se retirer.

The Chair: They are awfully important, but I think they are more valuable elsewhere.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Thursday, November 22, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:00 a.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

The Chair: Good morning. I am Senator Keon, chair of the Subcommittee on Population Health. We are very deeply appreciative of you joining us by way of video conference. We have a beautiful winter scene outside. We are getting 15 centimetres of snow as we speak, so I am sure you are green with envy over there in Sweden.

I understand we have, from the Swedish Ministry of Health and Social Affairs, Irene Nilsson-Carlsson; from the Swedish Institute of Public Health, Dr. Gunnar Ågren; from the Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Ms. Piroška Östlin; and, in addition, we have Mr. Bernt Lundgren.

As I said, my name is Senator Keon. With me is Senator Lucie Pépin, deputy chair of the committee, Senator Joyce Fairbairn and Senator Eggleton, who is actually chair of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Also, we have Senator Joan Cook and Senator Catherine Callbeck.

Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division, Swedish Ministry of Health and Social Affairs: Thank you, senators, for inviting Sweden and us to this video conference and for providing us with the opportunity to present the Swedish case. I am head of the division for public health in the Swedish government's ministry of health and social affairs. I would like to share with you some of the lessons learned during the development of the public health policy for Sweden.

To start with, the normal procedure when developing a policy is that it should be delivered within a limited time. However, creating a modern public health policy means involving and engaging other parts of society. It requires reflections, rethinking and numerous discussions to understand the concept and to start establishing a common ground. A general commitment in the society is essential if you want a public health policy with a real impact on public health. That is a clear experience of ours.

The government was aware of this and so appointed a national public health committee. This committee was to present proposals on national objectives for the development of public health. In the

Le président : Ils sont extrêmement importants, mais je pense qu'ils sont plus utiles ailleurs.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le jeudi 22 novembre 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, pour étudier en vue d'en faire rapport les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

Le président : Bonjour. Je suis le sénateur Keon, président du Sous-comité sur la santé des populations. Nous vous sommes très reconnaissants de vous joindre à nous par vidéoconférence. Nous avons une scène hivernale féérique à l'extérieur. Nous allons recevoir aujourd'hui quinze centimètres de neige, de quoi vous rendre verts de jalousie là-bas, en Suède.

Je crois savoir que nous accueillons, du ministère de la Santé et des Affaires sociales, Irene Nilsson-Carlsson, de l'Institut suédois de la santé publique, le Dr Gunnar Ågren; de l'Institut Karolinska, Département des services de santé publique, Mme Piroška Östlin, sans oublier M. Bernt Lundgren.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, je m'appelle le sénateur Keon. Je suis entouré du sénateur Lucie Pépin, vice-présidente du comité, du sénateur Joyce Fairbairn et du sénateur Eggleton, qui est en fait le président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Sont également présentes les sénateurs Joan Cook et Catherine Callbeck.

Irene Nilsson-Carlsson, directrice générale adjointe, Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Affaires sociales de Suède : Honorables sénateurs, je vous remercie d'avoir invité la Suède et les personnes ici présentes à cette vidéoconférence et de nous donner ainsi l'occasion d'expliquer ce qui se fait en Suède. Je suis à la tête de la Division de la santé publique au ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède. J'aimerais vous faire part de certaines des leçons que nous avons apprises lorsque nous avons établi notre politique de santé publique.

Habituellement, lorsqu'on élabore une politique, il faut le faire dans un délai donné. Toutefois, la création d'une politique moderne de santé publique nécessite la participation ou l'apport d'autres éléments de la société. On ne saurait bien comprendre la question et dégager des consensus sans y avoir mûrement réfléchi, avoir tout remis en question et en avoir longuement discuté. Pour qu'une politique de santé publique ait un impact véritable sur la santé publique, il est indispensable que toute la société s'y engage. C'est là une leçon que nous avons tirée de l'expérience.

Notre gouvernement en était bien conscient, et c'est la raison pour laquelle il a formé un comité national sur la santé publique, chargé de proposer des objectifs nationaux en matière de santé

instructions given to the committee, it was clearly stated that the committee should adopt a process-oriented working method and to heavily involve the public and voluntary sectors at large.

Moreover, the committee was given three years to accomplish its task. In most cases, government committees are given much less time. My point is that if you want to have a process like this, it takes a lot of time and there can be no shortcuts. The advantage of providing such an amount of time is, of course, that the society has time to prepare and adjust to what is coming.

Keeping the momentum going during such a long process requires fuel. The fuel in our case included a number of expert reports and pamphlets relating controversial opinions around, for example, alcohol and tobacco. It included many of the social determinants as well as numerous meetings, consultations and public debates all around the country. That was important.

Another very crucial aspect in this process was the composition of the committee. It was based on three pillars. We have representatives of all the political parties in the Parliament, from left to right. We have leading public health scientists and a lot of experts representing the most relevant national state agencies, as well as regional and local authorities and a number of NGOs.

When the committee delivered its report, it took the government almost another two years to process the proposal before it was put forward to the Parliament for the final decision in 2003. This was also an important phase during which we had a lot of time for discussions with all the other ministries.

Why determinants? Sweden decided to have a determinant approach instead of one focusing on diseases when developing our public health strategy. You could ask why we did so. Given the limited time for this presentation, I will give you the short version.

Most public health strategies that we knew of at that time were outcome oriented. Objectives and targets were formulated in terms of reduced morbidity and mortality. Of course, that is what we all want to achieve in the end, but the important question is: How do we get there?

In a sense, one can say that we turned things upside down and started to look upstream. The idea was to focus on what is reachable with political measures. This was a political committee and a political process. That is why we would like to focus on what is reachable with political measures.

One role of the politicians is, for example, to create societal conditions that promote good health — conditions that are beyond the immediate control of the individual. While personal

publique. Dans son mandat, il était clairement indiqué que le comité devait percevoir son travail comme un processus et compter largement sur la participation du public et des secteurs bénévoles en général.

En outre, le comité s'est vu accorder trois ans pour remplir son mandat, ce qui est beaucoup plus que les délais imposés aux comités gouvernementaux, qui sont souvent bien plus courts. Ce que je veux dire, c'est qu'un processus comme cela prend beaucoup de temps et qu'il n'y a pas de raccourci possible. L'avantage d'accorder un si long délai, c'est que la société a le temps de se préparer.

Mais pour maintenir le rythme tout ce temps, il faut avoir des sources de motivation, qui ont pris la forme, dans ce cas précis, de rapports d'experts, de documents exposant des points de vue controversés sur des sujets comme l'alcool et le tabac, ainsi que de nombreuses réunions, y compris au sujet de nombreux déterminants sociaux, de même que plusieurs rencontres, consultations et débats publics tenus partout au pays. C'était important.

Un autre aspect fort important du processus était la composition du comité, qui s'appuyait sur trois piliers. Nous avions des représentants de toutes les formations politiques présentes au Parlement (celles de gauche comme celles de droite, et tout ce qu'il y a entre ces deux pôles), des spécialistes de renom en matière de santé publique et des experts des autorités locales et régionales et des organismes d'État compétents, ainsi que d'un certain nombre d'ONG intéressées.

Après que le comité a déposé son rapport, le gouvernement a mis près de deux ans à réfléchir à la question et à présenter une proposition au Parlement, au sujet de laquelle ce dernier s'est prononcé définitivement en 2003. C'était là aussi une phase cruciale durant laquelle nous avons eu beaucoup de temps pour discuter avec tous les autres ministères.

Pourquoi les déterminants, me demanderez-vous. Dans sa stratégie en matière de santé publique, la Suède a décidé de s'attaquer aux déterminants de la santé plutôt qu'aux maladies elles-mêmes. Pourquoi? Vu le temps limité qui m'est alloué, mes explications seront brèves.

La majorité des stratégies de cette nature qui nous étaient connues à l'époque étaient axées sur les résultats. Les objectifs et les cibles établis se limitaient essentiellement à une réduction de la morbidité et de la mortalité. Bien sûr, c'est ce que nous souhaitons tous en bout de ligne, mais la question importante à se poser est : comment fait-on pour parvenir à ce résultat?

Dans un sens, on peut dire que nous sommes allés à contre-courant en regardant en amont du problème. Il s'agissait de se concentrer sur les changements qui pourraient être réalisés à l'aide de mesures politiques. Nous parlons ici d'un comité politique et d'un processus tout aussi politique. C'est pourquoi nous aimerions nous concentrer sur ce qui peut être réalisé au moyen de mesures politiques.

Le rôle des élus politiques consiste notamment à créer les conditions sociales favorables à une bonne santé, des conditions qu'un particulier ne peut reproduire seul. Si l'hygiène personnelle

health was rather understood as an individual aspect and individual responsibility, public health, on the other hand, was seen as the responsibility of the society at large. By approaching the determinants of health, public health also becomes a clearer political issue, and that was important.

More or less everyone agrees on positive outcomes, but the main issue is how to get there. There are indeed discussions and different political opinions on the means for that.

By making health more political in this sense, it also becomes more interesting and part of the public debate. For the Swedish government and the majority of the parties in the Parliament, it was agreed to put equal opportunities to good health as an overarching aim of the public health policy in Sweden.

I know you have already seen the headings of the 11 public health domains. We actually do not call them ghosts so I will not repeat them here and now, but I would like to point out the apparent contributions from the field of health promotion. You can also easily trace the action areas in the Ottawa Charter, the idea of a healthy public policy spelled out in the Adelaide recommendations, as well as the focus of health supporting environments and the evidence-based approach.

We think it is important to point out that the domain should be seen holistically and interlinked with each other. For example, promotion of good eating habits are linked to socio-economic conditions, as well as to secure and healthy conditions for growing up. This is something we have to focus more on.

The implementation of the objectives involves many different policy areas and ministries. The determinant approach made it much more understandable for the other ministries that they had a crucial stake in the health policy. Some ministries became more interested in health such as Environment, Agriculture and Consumer Affairs, and the ministry of Finance.

In general, we have experienced strong support from other ministries to contribute to the improvement of health. Often, other ministries find that what benefits public health in their policy areas will only strengthen their argument for additional measures in their policy areas.

The first step was to establish an executive structure in order to facilitate the implementation of the Swedish public health strategy. Our solution was to identify already existing objectives in other policy areas and put them in a public health context and give them sectoral responsibilities. When we found that other ministries already had aims and goals that were in line with the public health policy, we thought it was wise to build on them.

était plutôt perçue comme une responsabilité individuelle, la santé publique, elle, apparaissait comme la responsabilité de la société dans son ensemble. En s'intéressant aux déterminants de la santé, la stratégie en matière de santé publique devenait également un enjeu politique net, ce qui a de l'importance.

À peu près tout le monde veut des résultats positifs, mais l'essentiel est de décider de la manière de s'y prendre. On peut en discuter longuement, et les opinions politiques divergent quant aux moyens à prendre.

En prêtant ainsi à la santé un caractère plus politique, on suscitait un intérêt accru au sein de la population à son égard. Le gouvernement suédois et la majorité des partis représentés au Parlement se sont entendus sur l'importance d'inscrire dans la politique de santé publique le droit égal à une bonne santé.

Je sais que vous avez déjà entendu parler des onze domaines de la santé publique (que nous ne désignons pas, soit dit en passant, comme des buts). Je ne vais donc pas vous les énumérer ici. Mais je vous ferai remarquer la contribution apparente de l'un de ces domaines, à savoir la promotion de la santé. Vous pouvez aussi facilement retracer les champs d'action dans la Charte d'Ottawa et retrouver l'idée de promouvoir la santé publique exposée dans les recommandations d'Adélaïde, tout comme la nécessité de créer des milieux physiques sains et d'adopter une démarche fondée sur l'expérience clinique.

Il est important de souligner qu'il faut que les domaines en question soient considérés dans une perspective holistique et mis en lien les uns avec les autres. Par exemple, la promotion de saines habitudes alimentaires est reliée aux conditions socioéconomiques ainsi qu'à un milieu sain et sécuritaire favorisant le développement. C'est là un point sur lequel nous devons insister davantage.

Différents ministères et secteurs de politique sont mis à contribution en vue d'atteindre les objectifs établis. L'approche axée sur les déterminants de la santé a aidé les autres ministères à mieux comprendre le rôle crucial qu'ils ont à jouer dans le domaine de la santé. Pour toutes sortes de raisons, des ministères comme celui de l'Environnement, de l'Agriculture et du Consommateur et des Finances, se sont intéressés davantage à la santé.

En règle générale, d'autres ministères étaient très favorables à l'idée d'améliorer la santé. Ils se sont aperçus que les mesures prises dans leur secteur pour améliorer la santé publique leur fournissaient souvent des arguments plus solides en faveur de l'acquisition de ressources supplémentaires.

La première étape a été de se doter d'une structure administrative propre à faciliter la mise en œuvre de la stratégie suédoise en matière de santé publique. Pour cela, nous avons transposé dans le contexte de la santé publique les objectifs existant déjà dans d'autres secteurs de politique, établissant ainsi des responsabilités sectorielles. Lorsque nous avons constaté que d'autres ministères avaient déjà des objectifs et des buts qui concordaient avec la politique en matière de santé publique, nous avons cru sage de capitaliser sur eux.

The second step was to appoint a special minister of public health and strengthen inter-ministerial mechanisms within the government.

The third was to establish a national steering group for public health issues in which their respective director general represents the most relevant national agencies. The minister of public health chairs the steering group. The fourth was to make the Swedish national institute of public health the coordinating agency.

Having decided to take the determinant approach, it was only natural to look for how this was expressed in existing policies. Surprisingly, or not, we found that much was already in place but not framed in "public health" terms. Instead of inventing new policies, we started by pointing out and strengthening the health dimension of existing policies.

Within this comprehensive public health policy, the need for a special minister for public health became apparent to the Prime Minister. In our case, this means the senior minister with a mandate to take initiatives covering all the determinants that are linked to the 11 objectives and to coordinate the government's public health policy.

The main point is that the minister for public health can focus on health promotion and disease prevention in all policy areas.

For the execution of the policy, a national steering group for public health was established and is led by the minister for public health. It is inter-sectoral by nature and includes directors general from almost 20 state agencies, who are commissioned by the government to implement the parts of the public health policy related to their sectoral responsibilities.

The national institute of public health has an important task in coordinating and forcing the pace of the implementation of the national health policy. Dr. Ågren will tell you about that in his presentation.

The government has systematically given guidelines to all concerned state agencies to take actions and report on objectives under their sectoral responsibility. In general, the response, thus far, has been even more positive than expected.

It has been a main objective to put extra efforts into the monitoring and evaluation of this public health strategy. The simple reason behind this is that what is monitored is more likely to be implemented.

In addition, we have a public health report every four years which presents trends in morbidity, mortality and risk exposure, and a public health policy report. The latter, focuses on indicators for health determinants and on suggested priorities and measures for action.

La seconde étape a été de nommer un ministre spécial de la Santé publique et de consolider les mécanismes interministériels au sein du gouvernement.

La troisième a été de créer un groupe directeur national sur les questions de santé publique au sein duquel la plupart des organismes nationaux intéressés sont représentés par leurs directeurs généraux respectifs. Enfin, comme quatrième étape, nous avons confié à l'Institut national de santé publique de la Suède le rôle d'organisme de coordination.

Ayant décidé d'adopter une approche axée sur les déterminants, il était tout naturel de voir ce que les politiques existantes avaient à dire à ce sujet. Étonnamment, ou non, nous avons constaté qu'il existait déjà de nombreuses dispositions en la matière, sauf qu'elles n'étaient pas exprimées en fonction de la santé publique. Par conséquent, au lieu d'inventer de nouvelles politiques, nous avons commencé par mettre en relief et renforcer l'aspect de la santé dans les politiques existantes.

L'adoption d'une politique globale de santé publique a convaincu le premier ministre de la nécessité de nommer un ministre spécial de la Santé publique. Il s'agissait, pour nous, d'un ministre de premier plan chargé de prendre des mesures à l'égard de tous les déterminants liés aux onze domaines ou objectifs établis en matière de santé publique et de coordonner l'application de la politique de santé publique du gouvernement.

On veut que le ministre de la Santé publique puisse se concentrer sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Pour veiller à l'application de la politique, on a formé un groupe directeur national placé sous la direction du ministre. Ce groupe intersectoriel réunit les directeurs généraux d'environ vingt organismes d'État chargés de mettre en œuvre les éléments de la politique de santé publique relevant de leur secteur de responsabilité.

L'Institut national de santé publique a la tâche importante de coordonner et d'accélérer la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique, mais je laisse le directeur général de cet institut, le Dr Ågren, vous en dire plus à ce sujet dans une minute.

Le gouvernement a systématiquement donné instruction aux organismes d'État concernés de prendre les mesures nécessaires et de rendre compte de leurs objectifs dans leur secteur de responsabilité. La réaction, jusqu'à présent, a été meilleure que prévu.

On s'est beaucoup soucié de consacrer des efforts supplémentaires à la surveillance et à l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé publique, et la raison en est simple : les chances qu'une politique soit mise en œuvre sont meilleures lorsqu'on dispose d'un mécanisme de surveillance.

En outre, il existe en Suède un rapport sur la santé publique qui est publié chaque année et qui fait état des tendances au chapitre de la morbidité, de la mortalité et de l'exposition au risque, auquel s'ajoute maintenant un rapport sur la politique de santé publique, qui s'intéresse surtout aux indicateurs relatifs aux déterminants de la santé ainsi qu'aux priorités et aux moyens d'action suggérés.

Dr. Gunnar Ågren, Director General, Swedish National Institute of Public Health: I have been Director General of the National Institute of Public Health since 1999. Before that, I was also one of the members of the national public health committee. Our institute is a governmental agency reporting to the ministry of health and social affairs. We receive our instructions from the government, but as with other governmental agencies, we have a high degree of independence in our analyses and executing our work.

One of our main tasks is to monitor and coordinate the implementation of the national public health policy together with other central governmental agencies. The second task is to be a centre of knowledge for methods and strategies within the field of public health as specialists of the local communities and regions with such knowledge. We also have to act as a supervisory agency in the field of alcohol, tobacco and illicit drugs, where we have a lot of legislation. It is important to recognize that the local committees carry out the main part of health promotion activities in Sweden. These communities are responsible for many aspects of daily welfare, for example, schools, sanitation and care of elderly people. They also oversee the Swedish regions, which are responsible for health care, including disease prevention. There are also a number of very important voluntary organizations involved in the field of public health, such as the temperance movement and the organizations for retired people and disabled persons.

In the health sector, there are other important governmental agencies. For example, the national board of health and welfare, with a centre for epidemiology. This centre delivers many relevant statistics on health outcomes. There is also the Swedish institute for infectious disease control, which delivers statistics on infectious diseases.

Our institute is organized primarily to monitor the various domains of objectives. We have a department for analysis and follow-up activities, which has the main responsibility for coordinating activities regarding the public health policy report. This department is also responsible for the annual survey of health-related behaviours, living conditions and self-reported health. This survey comprises approximately 60,000 Swedes every year and provides most of the data concerning lifestyle-related health determinants.

Mr. Bernt Lundgren will provide information on the work with the first public health policy report. I will make some general comments.

First, the central steering group, which was mentioned before, headed by the minister of public health, has been of crucial importance when making public health a legitimate issue in areas of the government administration other than the health sector. It is very important that the directors general come together to discuss those questions, that is, how to implement public health

Dr Gunnar Ågren, directeur général, Institut national de la santé publique de Suède : Je suis le directeur général de l'Institut national de la santé publique de Suède depuis 1999. Auparavant, j'étais également membre du Comité national de la santé publique. Notre institut est un organisme gouvernemental qui relève du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Nos directives nous viennent du gouvernement, mais nous jouissons d'un fort degré d'indépendance dans le cadre de nos analyses et dans l'exécution de notre travail.

Une de nos principales tâches consiste à surveiller et à coordonner, avec les autres organismes centraux, la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique. La deuxième est de servir de centre national de connaissances sur les méthodes et les stratégies dans le domaine de la santé publique en tant que spécialistes des collectivités locales et des régions. Nous devons aussi agir comme organisme de surveillance en matière d'alcool, de tabac et de drogues illicites, domaines dans lesquels il existe beaucoup de lois. Il convient de souligner que la majeure partie des activités de promotion de la santé sont réalisées par les collectivités suédoises, lesquelles sont responsables de nombreux aspects de santé de la vie quotidienne, comme les écoles, l'hygiène et les soins aux personnes âgées, et par les régions suédoises qui sont responsables des soins de santé, ainsi que de la prévention des maladies. Il existe aussi plusieurs importants organismes bénévoles dans le domaine de la santé publique, par exemple le mouvement pour la sobriété et les organismes pour les personnes à la retraite et les personnes handicapées.

D'autres organismes gouvernementaux importants sont aussi actifs dans le secteur de la santé, par exemple l'Office national de la santé et du bien-être social, qui compte un centre d'épidémiologie. Le centre offre de nombreuses données intéressantes sur les résultats en matière de santé. Il y a aussi l'Institut suédois pour la lutte contre les maladies infectieuses, qui produit de la statistique à ce sujet.

Notre institut existe principalement afin de suivre la réalisation des divers objectifs. Un de nos services, chargé des analyses et du suivi, est le principal responsable de la coordination des activités touchant le rapport sur les politiques de santé publique. Ce service s'occupe également du sondage annuel sur les comportements liés à la santé, les conditions de vie et la déclaration volontaire en matière de santé. Le sondage porte sur quelque 60 000 Suédois et fournit la plupart des données sur les déterminants de la santé liés aux habitudes de vie.

M. Bernt Lundgren vous fournira de l'information sur l'évolution de la première politique en matière de santé publique. Je tiens toutefois à formuler quelques commentaires généraux.

Tout d'abord, le groupe directeur central dirigé par le ministre de la Santé publique dont il a été question tout à l'heure a joué un rôle essentiel pour ce qui est de tailler une place à la santé publique comme enjeu légitime dans les autres secteurs de l'administration gouvernementale. Il est très important que les directeurs généraux se rencontrent pour discuter de ces questions,

policy and which indicators we have to use and so on. It is very important that a cabinet minister has been the head of this group.

I also think that the synergy effects between public health and other important objectives such as economic growth have also been very important when we implement the public health objectives. When people representing other sectors of society discover that good health facilitates their own goals, they become more interested in the implementation of the public health policy.

This is also very important when implementing the policy at the regional and local level. It has been quite common to look at public health as something that improves growth and regional development in different parts of Sweden.

Although the public health policy report covers all domains of objectives, it is also important — and this is something we have learned — to concentrate efforts on the most important public health problems. In Sweden, some of the most important problems involve alcohol, increasing obesity and lack of physical activity, mental health among young people, and stagnating health among elderly people.

It is more important in the future to have learned that we should concentrate or report more on the most central public health problems.

Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert, Swedish National Institute of Public Health: Thank you for the possibility to give some insight into the processes of the implementation, monitoring and evaluation of the broad determinants-based public health policy during the first phase of its implementation, 2003-2005.

I was principal secretary of the Swedish national public health committee, and I am now a public health policy expert in the Swedish national institute of public health. The source for my presentation is the public health policy report, which was handed over to the minister of public health in October 2005. I was principal secretary for that report.

In the report, the experiences of implementation are described, together with a presentation of time series data for 42 important health determinants. In the report, SNIPH — the Swedish national institute of public health — also put forward 29 priority proposals related to health threats and 13 proposals related to policy and capacity. I will now focus on the capacity side.

SNIPH was commissioned by the government in 2002 to develop a monitoring system with indicators related to the new public health policy, and in 2003 and 2004 to support selected state agencies in the understanding of their roles in regard to public health. To achieve this, SNIPH needed to formalize some normative starting points for the work. We developed the strategy emphasizing that players outside the health sector first have to consider which determinants are important within their own

soit de la façon de mettre en œuvre la politique en matière de santé publique et des indicateurs comme tels qu'il faut utiliser et ainsi de suite. Il est donc très important que le groupe relève directement d'un membre du conseil des ministres.

Je crois aussi que la synergie entre la santé publique et d'autres objectifs importants, comme la croissance économique, revêt aussi une grande importance. Lorsque les représentants d'autres secteurs de la société constatent que la bonne santé favorise la réalisation de leurs propres objectifs, ils deviennent beaucoup plus réceptifs à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

C'est également vrai pour la mise en œuvre de la politique à l'échelon régional et local. Il est très courant de tenir la santé publique pour un facteur qui améliore la croissance et le développement régional dans différentes régions de Suède.

Bien que le rapport sur la politique de santé publique porte sur les objectifs dans tous les domaines, il importe aussi — c'est une leçon que nous avons apprise — de concentrer les efforts sur les principaux problèmes de santé publique, par exemple, dans le cas de la Suède, l'alcoolisme, l'obésité croissante et le manque d'activité physique, ainsi que la santé mentale chez les jeunes et la stagnation de la santé des personnes âgées.

Dans l'avenir, il sera encore plus important d'avoir appris qu'il faut se concentrer sur les principaux problèmes de santé publique ou faire davantage rapport à leur sujet.

Bernt Lundgren, expert en politique en matière de santé publique, Institut national de la santé publique de Suède : Je vous remercie de me donner l'occasion de vous offrir quelques précisions concernant la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de la vaste politique suédoise en matière de santé publique basée sur les déterminants au cours de la première phase de sa mise en œuvre, soit de 2003 à 2005.

J'ai été secrétaire principal de la Commission nationale sur la santé publique de la Suède et je suis actuellement expert en politique de santé publique à l'Institut national de la santé publique de la Suède. Mon exposé s'appuie sur le rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005 dont j'ai été le principal secrétaire et qui a été présenté au ministre de la Santé publique en octobre 2005.

Le rapport décrit les expériences vécues durant la mise en œuvre et présente des données chronologiques pour 42 déterminants importants de la santé. Dans le rapport, l'Institut propose également 29 priorités ayant trait aux menaces pour la santé dans les domaines de la maladie et de la santé mentale et fait 13 propositions ayant trait à la politique et à la capacité. Dans mon exposé d'aujourd'hui, j'insisterai plus particulièrement sur le volet capacité.

En 2002, le gouvernement a confié à l'Institut le mandat de concevoir un système de surveillance incluant des indicateurs liés à la nouvelle politique en matière de santé publique et, en 2003 et 2004, de soutenir des organismes d'État choisis pour les aider à comprendre leur rôle en matière de santé publique. Pour s'acquitter de cette tâche, l'Institut a dû déterminer certains points de départ normatifs. Ainsi, l'Institut a élaboré une stratégie mettant l'accent sur le fait que les intervenants à l'extérieur du

spheres of activity and for which groups. They have to establish indicators to follow up and third, build capacity, make health impact assessments and act on the determinants. Fourth, they must monitor the effects of the interventions; fifth, suggest new steering mechanisms and interventions; and sixth, report to stakeholders.

SNIPH submitted a proposal with indicators to the government in March 2003. This proposal was circulated by the government offices to 45 central state agencies for comments. Through this, a process of communication was started between SNIPH and more than 20 central agencies, from agriculture to education. One result of this communication was 38 principal indicators adopted by SNIPH in November 2004. This was later reduced to 36 principal indicators used in the public health policy report and also 47 sub-indicators. I have sent you an appendix where you can see the determinants, the indicators and the sources for the indicators.

At the same time as the work with the indicators was being followed up, we adopted a dialogue approach to support the state sector agencies regarding their roles in public health. The government commissioned 17 state agencies in 2004 and 13 agencies in 2005 to work actively to fulfill the overall aim and report their efforts.

Thus, the dialogue process started with lunch meetings between SNIPH and agency directors general and county governors about the normative starting points. This was then followed by multi- and bilateral meetings with agency representatives about following up the determinants and reporting initiatives and achievements. The process resulted in reports to SNIPH from 22 national agencies and eight county administrative boards — that is regional state agencies — during 2004-05, and 13 county administrative board reports during 2006. The later board reports were not included in the 2005 public health policy report. Very important in the dialogue and related to the normative starting points was the question of transfer of ownership, meaning that the responsibility of the agencies also includes monitoring the development of health determinants and establishing relevant indicators in the area and using good data for the indicators.

Support to municipalities and county councils from SNIPH have primarily been given in the form of seminars, participation in strategic groups and knowledge reviews and reports. SNIPH has also compiled basic public health statistics for local authorities to help the municipalities plan and monitor their public health work. To obtain information for the report, SNIPH

secteur des services de santé devaient d'abord décider des déterminants considérés comme étant importants dans leur propre sphère d'activité et des groupes auxquels ils s'appliquent, puis établir des indicateurs aux fins de suivi et, de plus, renforcer les capacités, faire des évaluations d'impact sur la santé et prendre des mesures relativement aux déterminants. Enfin, les intervenants devaient surveiller les effets des interventions, proposer de nouveaux mécanismes de direction et des interventions et faire rapport aux intéressés.

L'Institut a présenté un projet, y compris des indicateurs, au gouvernement en mars 2003. Les autorités gouvernementales ont distribué le projet proposé à 45 organismes centraux pour avoir leurs opinions. Ainsi, un processus de communication s'est amorcé entre l'Institut et plus de vingt organismes centraux œuvrant dans un éventail de domaines, depuis l'agriculture jusqu'à l'éducation. À la suite de cette activité, l'Institut a adopté 38 indicateurs principaux en novembre 2004. Ce nombre a par la suite été ramené à 36 indicateurs principaux dans le cadre de l'élaboration du rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005. En plus des indicateurs principaux, le rapport contient aussi 47 indicateurs secondaires. Je vous ai envoyé une annexe qui fait état des déterminants, des indicateurs et des sources des indicateurs.

Tandis que le travail portant sur les indicateurs faisait l'objet d'un suivi, une démarche fondée sur le dialogue visant à appuyer les organismes sectoriels d'État dans leurs rôles en matière de santé publique a été amorcée. Le gouvernement a confié à 17 organismes d'État en 2004 et à 13 organismes en 2005 la tâche de travailler activement à la réalisation de l'objectif global et de faire rapport sur les résultats de leurs efforts.

Ainsi, le dialogue a commencé par des rencontres entre l'Institut et les directeurs généraux des organismes et les gouverneurs de comté au sujet des points de départ normatifs. Ces rencontres ont été suivies de réunions multilatérales et bilatérales avec des représentants des organismes portant sur le suivi des déterminants et la production de rapports sur les initiatives et les réalisations. Ces activités ont donné lieu à la production d'un rapport présenté à l'Institut par 22 organismes nationaux et huit conseils d'administration de comté (organismes d'État régionaux) en 2004-2005 et par 13 conseils d'administration de comté en 2006. Ces derniers n'ont pas été inclus dans le rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005. La question du transfert de prise en charge, en plus d'être liée aux points de départ normatifs constituait un élément très important du processus de dialogue. Par transfert de prise en charge, on entend que la responsabilité des organismes comprend également d'assurer le suivi de l'élaboration des déterminants en matière de santé, d'établir des indicateurs pertinents dans le domaine et d'utiliser de bonnes données pour élaborer les indicateurs.

L'Institut a offert son soutien aux municipalités et aux conseils de comté principalement sous la forme de séminaires et de participation à des groupes stratégiques, à des groupes d'examen des connaissances et à la rédaction de rapports. L'Institut a aussi compilé ce que nous appelons les statistiques de base en matière de santé publique pour les autorités locales en vue d'aider les

conducted telephone interviews with all 21 county councils; regions, and distributed an electronic questionnaire to all 290 municipalities.

The result is that the central agencies that SNIPH met in the communication process are related to a vast area of different policy; for example, labour market, work environment, housing, integration, equality, education, social security, environmental protection, road traffic, sports, medical care, food and taxation.

The meetings with the directors general resulted in a consensus on the normative approach to public health. There was a marked interest in synergy effect, for example, environmental interventions that also affect health positively. Many central agencies regarded their activities as having a direct effect on people's health, while others regarded the effects as more indirect in that their activities influenced local factors. A summary of what happened shows that the process challenged the established domains of central agencies but, by taking a dialogue approach, obstacles could be overcome. Most agencies involved in the process became actively engaged and contributed to their development. As to the monitoring of indicators, they also reported initiatives and achievements related to health determinants within their respective domains.

The most important task for the regional state agencies — the county administrative boards — is to promote regional development in accordance with the goals decided by the Parliament and government. According to the county administrative boards, their work has both a direct and indirect effect on all domains and objectives, except domain six, the health service. Several of them also report that their coordination responsibility on the regional level and experiences from the area of environmental policy implementation and social supervision in the areas of social service for disabled persons and alcohol provide good prerequisites for deepening and strengthening their role within the public health area.

All county councils have adopted an overall action plan for public health work. In some counties, the plan has also been adopted in partnership with other actors. Seventeen county councils, or 80 per cent, have a department for public health or social medicine to support public health promotion within the county council and in the county, mostly for epidemiological monitoring, public health reporting and knowledge support.

municipalités à planifier et à surveiller leur travail dans le domaine de la santé publique. Dans le but de recueillir des informations pour le rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005, l'Institut a réalisé des interviews téléphoniques en 2004 avec les 21 conseils de comté et régions et a distribué un questionnaire électronique aux 290 municipalités.

Les organismes centraux que l'Institut a contactés dans le cadre du processus de communication oeuvrent dans un vaste éventail de secteurs de politique différents, y compris le marché du travail, le milieu de travail, le logement, l'intégration, l'égalité, l'éducation, la sécurité sociale, la protection de l'environnement, la circulation routière, les sports, les soins médicaux, l'alimentation et la fiscalité.

Les rencontres avec les directeurs généraux ont donné lieu à un consensus sur l'approche normative en matière de santé publique. Nous avons observé un intérêt marqué à l'endroit des effets synergiques, par exemple les interventions environnementales qui ont aussi des répercussions positives sur la santé. De nombreux organismes centraux considèrent que les activités ont une incidence directe sur la santé de la population, alors que d'autres considéraient les incidences comme davantage indirectes du fait que leurs activités ont une influence au niveau des intervenants locaux. Un sommaire des événements montre que le processus a remis en question les domaines établis des organismes centraux, mais que, en adoptant une démarche fondée sur le dialogue, il est possible de surmonter les obstacles. La plupart des organismes ayant participé au processus se sont engagés activement et ont contribué au développement et à la surveillance des indicateurs. Ils ont également fait rapport sur les initiatives et les réalisations liées aux déterminants de la santé dans leurs domaines respectifs.

La tâche la plus importante des organismes d'État régionaux — les conseils d'administration de comté — consiste à promouvoir le développement régional conformément aux buts établis par le Parlement et le gouvernement. Selon les conseils d'administration de comté, leur travail a une incidence directe et indirecte sur tous les domaines des objectifs, à l'exception du domaine six (les services de santé). Plusieurs d'entre eux signalent également que leurs responsabilités en matière de coordination à l'échelon régional, les expériences dans le secteur de la mise en oeuvre et de la politique environnementale et la supervision sociale dans les secteurs des services sociaux pour les personnes handicapées et les alcooliques fournissent de bonnes bases pour approfondir et renforcer leur rôle dans le domaine de la santé publique.

Tous les conseils de comté ont adopté un plan d'action global en matière de santé publique. Au sein de certains, le plan a été adopté dans le cadre d'un partenariat avec d'autres intervenants. Dix-sept conseils de comté (80 p. 100) ont un département de santé publique ou de médecine sociale responsable de la promotion de la santé publique au sein du conseil de comté et dans le comté et dont la tâche principale est de voir à la surveillance épidémiologique, à la production de rapports en matière de santé publique et à l'appui des connaissances.

There are currently several examples of how the scope of this support to municipalities has been reduced, bringing objective domain six more into focus at the expense of other objective domains and how the support varies across the country.

Successful preventative measures have been implemented within parts of the health service for a long time. These well-developed preventative activities include, the maternity and child health care services, youth guidance centres, dental care, school health and company health care, infection control and vaccinations, as well as other forms of screening.

A new survey of primary health care centres by the national board of health and welfare shows there is systematic health-promoting work in terms of routines or programs to reduce smoking, obesity and to increase physical activity, but that this is less usual when it comes to alcohol habits and stress-related problems. Here we can do better.

A majority of primary health care centres' directors said they were cooperating with local public health advisory committees in helping to develop health-promoting programs in the local communities. Only a small minority of them have specific programs to offer citizens medical examinations.

It was calculated during the work with the public health policy report that about 5 per cent of the total health service costs are going to disease-preventing measures. We think we could increase that amount.

When it comes to municipalities, there are overarching action plans in 116 of the municipalities, meaning we have 100 per cent more of that than in 1995, according to a questionnaire at that time.

Public health was also mentioned in other overarching plans. Conditions during childhood and adolescence, physical activity and tobacco and alcohol consumption were in focus in 2004.

As many as 76 per cent of the municipalities, compared to 60 per cent in 1995, had some form of public health committee for organized cooperation with other actors, such as county councils and NGOs. According to findings in the 2004 questionnaire, public health promotion was systematically monitored in one-half of the municipalities.

We found that there is growing interest for public health issues in municipalities while the same time there is striking uncertainty as regards how those ambitions are to be met practically. Only a few municipalities can be said to have come far in the development of systematic public health work, based on the analysis of epidemiological data, and systematic planning and

Il existe actuellement plusieurs exemples d'une diminution de ce soutien aux municipalités — l'accent étant davantage placé sur le domaine des objectifs six au détriment des autres domaines des objectifs — et l'on constate que le soutien varie d'une région à l'autre du pays.

Les mesures préventives sont appliquées avec succès depuis longtemps dans des secteurs des services de santé, par exemple dans les services de maternité et de soins de santé aux enfants, les centres d'orientation des jeunes, les soins dentaires, les soins de santé en milieu scolaire et les soins de santé en entreprise. La prévention des infections, la vaccination de même que d'autres formes de dépistage illustrent aussi des activités de prévention bien établies.

Un nouveau sondage sur les centres de soins de santé primaires effectué par l'Office national de la santé et du bien-être montre l'existence d'un travail systématique de promotion de la santé dans le cadre d'initiatives et de programmes axés sur la lutte contre le tabagisme et le surpoids et sur l'augmentation de l'activité physique. Il révèle aussi, toutefois, que ce type d'activité est moins fréquent lorsqu'il est question des habitudes de consommation d'alcool et des problèmes liés au stress. À cet égard, nous pouvons faire mieux.

La majorité des directeurs de centre de soins de santé primaires ont dit qu'ils coopéraient avec, par exemple, les comités consultatifs locaux en matière de santé publique et contribuaient au développement de programmes de promotion de la santé dans les collectivités locales. Seule une petite minorité d'entre eux ont mis sur pied des programmes précis pour offrir des examens médicaux au public.

On a déterminé dans le rapport sur la politique en matière de santé publique qu'environ 5 p. 100 seulement des dépenses totales en santé sont liées à des mesures de prévention de la maladie. Nous estimons qu'on pourrait bonifier cet investissement.

Sur le plan municipal, on trouve des plans d'action globaux dans 116 municipalités. Ce nombre est deux fois plus élevé qu'en 1995, d'après les données recueillies cette année-là.

Il est également question de la santé publique dans d'autres plans globaux. L'accent était placé en 2004 sur les conditions pendant l'enfance et l'adolescence, l'activité physique, le tabac et l'alcool.

Jusqu'à 76 p. 100 des municipalités — comparativement à 60 p. 100 en 1995 — avaient, sous une forme ou une autre, un comité de la santé publique pour assurer une coopération organisée avec d'autres intervenants comme les conseils de comté et les ONG. Selon les données recueillies en 2004, la promotion de la santé publique faisait l'objet d'une surveillance systématique dans la moitié des municipalités.

On constate un intérêt croissant pour les questions liées à la santé publique dans les municipalités. Par contre, on déplore une incertitude flagrante quant à la façon de mettre en pratique ces ambitions. Seules quelques municipalités ont fait de grands progrès au chapitre du développement d'un programme systématique en matière de santé publique, basé sur une analyse

monitoring process integrated into the planning and monitoring activities of the municipalities. According to both county councils and municipality representatives, the national public health policy has most definitely helped to reinforce the mandate for pursuing public health issues, both locally and regionally.

In conclusion, the experiences from the implementation of the policy during the first phase of the implementation are that the determinants approach, focusing on structural factors in society, people's living conditions and health behaviours that affect health is in general, well understood and emphasizes the role of other sectors in public health.

The use of indicators to follow up exposures to determinants is of key importance. The support to actors outside the health service is needed to identify their public health role. We found that continuous steering from the government and other political bodies in county councils and in municipalities is of vital importance.

Public health promotion at the regional level in Sweden needs a higher level of coordination. I have not talked about that because of time constraints, but we need to improve in that area. Municipalities need more skill development.

The Chair: Thank you very much indeed, Mr. Lundgren. You have covered a tremendous amount of ground. I could ask questions for several hours, but time will not going to allow it.

Piroska Östlin, Senior Researcher, Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences: Thank you very much. Senators, I am honoured to participate in this videoconference. Thank you for inviting me.

I was secretary of the national public health commission. In fact, this is not the first time I have had the opportunity to share the Swedish experience with Canadian public health experts and policy-makers. In May 2003, I had the pleasure to present the work of the commission and its proposals to a big audience at a one-day conference at the Montreal Public Health Department organized by OMISS, which was exclusively devoted to discussing the Swedish experience.

In this opening statement, I intend to provide a short background of the Swedish national public health commission with more detail of why the government set it up and how its work was organized.

Finally, I will list a number of factors that make up the Swedish public health policy and the way in which it has been uniquely developed in the world.

des données épidémiologiques, et d'un processus systématique de planification et de surveillance intégré aux activités de planification et de surveillance municipales. Selon les représentants des conseils de comté et des municipalités, la politique nationale en matière de santé publique a très certainement contribué à renforcer le mandat sur le plan de la prise en compte des questions de santé publique, tant à l'échelon local qu'au niveau régional.

En guise de conclusion, nous avons appris de la mise en oeuvre de la politique au cours de la première phase que la démarche fondée sur les déterminants qui met l'accent sur les facteurs structurels au sein de la société, les conditions de vie des gens et les comportements ayant une influence sur la santé est, en règle générale, bien comprise et fait ressortir le rôle des autres secteurs dans le domaine de la santé publique.

L'utilisation d'indicateurs pour faire le suivi des expositions aux déterminants a une importance primordiale. Le soutien des intervenants à l'extérieur des services de santé est essentiel pour leur faire connaître leur rôle dans le domaine de la santé publique. Nous avons observé qu'une orientation soutenue de la part du gouvernement et d'autres organismes politiques relevant des conseils de comté et des municipalités est d'importance vitale.

La promotion de la santé publique à l'échelon régional en Suède a besoin d'être mieux coordonnée. Je n'en ai pas parlé en raison des contraintes de temps, mais il faut améliorer notre action dans ce domaine. Les municipalités ont besoin de pouvoir perfectionner davantage leurs compétences.

Le président : Monsieur Lundgren, nous vous sommes très reconnaissants de cet exposé. Vous avez couvert énormément de terrain. Si nous en avons le temps, je vous interrogerais pendant des heures.

Piroska Östlin, chercheuse principale, Institut Karolinska, Département des services de santé publique : Honorables sénateurs, c'est pour moi un honneur de participer à cette vidéoconférence sur la politique de santé publique de la Suède et sa mise en oeuvre. Merci de m'avoir invitée.

J'ai été secrétaire de la Commission nationale de la santé publique de la Suède qui a été mise sur pied pour définir les objectifs nationaux de développement de la santé et les stratégies nécessaires pour les réaliser. En fait, ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion de parler de l'expérience suédoise devant des experts et décideurs canadiens du domaine de la santé publique. En mai 2003, j'ai eu le plaisir de présenter les travaux et les propositions de la Commission devant un large auditoire au cours d'une conférence d'une journée tenue par l'OMISS à la Direction de la santé publique de Montréal et consacrée exclusivement à l'expérience suédoise.

Je vais d'abord situer brièvement en contexte la Commission de la santé publique de la Suède et expliquer pourquoi elle a été constituée par le gouvernement et comment se sont organisés ses travaux.

J'indiquerai ensuite les facteurs qui, à mon avis, rendent uniques au monde la politique suédoise de santé publique et la façon dont elle a été élaborée.

It was in the mid-1990s when there were a number of circumstances that necessitated the government's decision to draw up a comprehensive equity-oriented public health strategy for Sweden. For example, the recognition that public health development was not satisfactory during the 1990s became a public concern. Although the Swedish population in general enjoyed excellent health compared to other Western European countries, Sweden did not perform better than others in relative terms. For example, socio-economic differences in mortality and morbidity persisted, or even increased, and there were indications of increasing mental and psychosomatic symptoms among children and younger adults, particularly among poorly educated, working-class women.

Another important driving factor was the establishment of the Swedish national institute of public health in 1992, which started to initiate a number of activities for health promotion and disease prevention at both national and local levels.

Stakeholders in the public health field, such as county councils and municipal public health committees, among others, expressed an urgent need for national and local guidelines for their work and called for a national strategy for public health.

In April 1997, the Swedish government appointed a national public health commission with the aim of defining national objectives of health development and strategies to achieve them. The objectives were expected to guide society in promoting health and preventing diseases, injuries and their consequences in terms of disability and mortality. It was said that the targets and strategies should contribute to the reduction of inequalities in health among socio-economic groups, between women and men, ethnic groups, and geographical regions of the country. The government requested the proposals be scientifically well founded and stimulate a broad democratic process on health policy issues.

The commission consisted of, as we have heard, representatives of all seven political parties in Parliament and a number of experts and advisers from national authorities, universities, trade unions and non-governmental organizations. The work of the commission was facilitated by a chair with a full-time appointment and by a secretariat comprising four secretaries, sometimes more, who worked full time, providing the commission with background, discussion materials and draft resolutions.

The national public health commission was the first to be set up to address public health in its own right. Previous commissions and proposals related to health were predominantly health-care oriented and public health issues were only part of this larger context.

The work of the commission was accomplished in three phases. During the first phase, a framework was developed that included a broad description of the health development in the country, as well as the responsibilities for health for different sectors of the society. Tools were presented that facilitated a discussion on

Au milieu des années 1990, plusieurs circonstances ont amené le gouvernement à prendre la décision de mettre sur pied une stratégie globale de santé publique axée sur l'égalité en Suède. Par exemple, la population a réalisé que le développement de la santé publique n'était pas satisfaisant à cette époque. Même si les Suédois jouissaient, en général, d'une excellente santé comparativement aux populations d'autres pays d'Europe de l'Ouest, la performance de leur pays n'était pas meilleure toutes proportions gardées. Les disparités socioéconomiques en matière de mortalité et de morbidité persistaient, voire augmentaient, et des indications laissaient entrevoir une hausse des symptômes de troubles psychologiques et psychosomatiques chez les enfants et les jeunes adultes, en particulier chez les travailleuses peu instruites.

Un autre facteur clé a été la création de l'Institut national de la santé publique de la Suède en 1992, qui a lancé des projets de promotion de la santé et de prévention des maladies aux niveaux tant national que local.

Les intervenants du secteur de la santé publique, entre autres les conseils de comté et les comités municipaux de santé publique, ont fait savoir qu'ils avaient un besoin pressant de lignes directrices nationales et locales et ont préconisé l'établissement d'une stratégie nationale de santé publique.

En avril 1997, le gouvernement suédois a créé la Commission nationale de la santé publique en lui donnant pour mandat de définir les objectifs nationaux de développement de la santé et les stratégies nécessaires pour les réaliser. Ces objectifs devaient guider la société dans la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures ainsi que de leurs conséquences sous forme d'invalidité et de mortalité. Les cibles et les stratégies étaient censées favoriser la réduction des inégalités en matière de santé entre les groupes socioéconomiques, les femmes et les hommes, les groupes ethniques et les régions géographiques du pays. De plus, le gouvernement demandait que les propositions reposent sur une solide assise scientifique et stimulent la mise en route d'un vaste processus démocratique sur les questions de santé.

La Commission se composait, comme on l'a dit, de représentants des sept partis politiques présents au Parlement et de conseillers et d'experts scientifiques issus d'organismes nationaux, d'universités, de syndicats et d'organisations non gouvernementales. Son président exerçait une fonction à temps plein et elle disposait d'un secrétariat doté de quatre secrétaires à temps plein, parfois plus, qui était chargé de lui fournir des documents de référence et de travail et des projets de résolution.

C'était la première fois qu'une commission était mandatée pour étudier exclusivement les questions de santé publique. Les commissions et propositions antérieures avaient surtout été axées sur les soins de santé et n'avaient visé qu'accessoirement la santé publique.

Les travaux de la Commission se sont déroulés en trois étapes. À la première étape, la Commission a élaboré un cadre de référence qui décrivait de façon générale le développement de la santé au pays et les responsabilités des différents secteurs de la société dans le domaine de la santé. Elle a présenté des outils qui

priorities and strategies, including alternative dimensions for priority setting. Should we set the priorities on diagnosis, on determinants, target groups or arenas for action?

The framework was submitted for consideration and comments to a range of authorities, organizations and experts. After considering the pros and cons of different dimensions for target-setting, the commission decided during phase 2 to suggest health targets primarily in terms of reduced exposure to determinants of disease and injuries, and not in terms of reduced mortality and morbidity, as we heard before.

This decision was a result of the understanding that exposures can clearly be related to their causal roles for the level and distribution of different diseases and their consequences. Moreover, determinants make more explicit the connection between health targets and responsibilities of different sectors and policy areas, such as the labour market, social welfare, housing and schools.

The determinants of health given highest priority were those that were expected to have the greatest potential for reducing the overall levels and the social inequalities in the burden of disease. All these were based on scientific evidence.

There were 14 expert groups appointed to write background papers containing sound scientific evidence on health determinants, such as employment, working conditions, economic factors, social insurance, tobacco, alcohol and drugs. Based on the expert groups' reports, the commission submitted a preliminary proposal on a national public health strategy in December 1999, including the commission's vision, strategic intent and health policy objectives. The proposal has been referred again for consideration and comments to a broad range of stakeholders.

The third and final phase of the commission's work took place during 2000. The most important starting point for this phase was to analyze and act upon the comments and suggestions provided by stakeholders. A survey was conducted, which mapped out 32 national authorities covering a broad range of sectors regarding the direct and indirect effects of their activities on public health. The survey highlighted the current role and responsibility of each authority, and provided valuable information as to how the roles and responsibilities of the respective authorities should be shared and coordinated in the future.

Three additional expert reports have been commissioned. One report dealt with the responsibilities for working with health promotion groups within the health sector; another concerned the situation and special needs of chronically ill and handicapped people; and the third report scrutinized issues related to public health training and research.

In October 2000, the commission presented its final report to the minister of health and social affairs. In it, the commission proposed 18 health policy objectives, grouped into six categories

ont facilité la discussion sur les priorités et les stratégies, y compris différentes options pour l'établissement de cibles. Devions-nous établir les priorités en fonction des diagnostics, des déterminants, des groupes cibles ou des initiatives?

Le cadre a été soumis, pour étude et commentaires, à des organismes gouvernementaux, organisations et experts de divers horizons. Après avoir évalué le pour et le contre de différentes options pour l'établissement de cibles, la Commission a décidé, au cours de la phase 2, de suggérer des cibles en matière de santé principalement sous l'angle d'une exposition réduite aux déterminants des maladies et des blessures, plutôt que sous l'angle d'une réduction de la mortalité et de la morbidité, comme on l'a déjà mentionné.

Elle a pris cette décision compte tenu du fait que l'exposition peut être nettement reliée à son rôle causal pour ce qui est du niveau et de la répartition des différentes maladies et de leurs conséquences. De plus, les déterminants rendent plus explicite le lien entre les cibles en matière de santé et les responsabilités de différents secteurs et domaines d'action, comme le marché du travail, l'aide sociale, le logement et le système scolaire.

Les déterminants de la santé qui ont reçu la priorité sont ceux dont on s'attend qu'ils puissent le plus réduire le niveau général des inégalités et les inégalités sociales relativement à la maladie. Ils étaient tous appuyés par des données scientifiques.

Quatorze groupes d'experts ont été mis sur pied pour rédiger des documents de travail renfermant de solides données scientifiques sur les déterminants de la santé, par exemple l'emploi et les conditions de travail, les facteurs économiques, l'assurance sociale, le tabac, l'alcool et la drogue. Se fondant sur les rapports de ces groupes d'experts, la Commission a présenté en décembre 1999 une proposition préliminaire de stratégie nationale de santé publique, qui faisait état de sa vision, de ses intentions stratégiques et des objectifs de la politique de santé. Cette proposition a ensuite été soumise, pour étude et commentaires, à des intervenants provenant de divers horizons.

La troisième et dernière étape du travail de la Commission a eu lieu en 2000. Le point de départ crucial consistait à analyser les commentaires et les suggestions des intervenants et à y donner suite. Un sondage a été effectué auprès de 32 organismes nationaux représentant un large éventail de secteurs pour connaître les effets directs et indirects de leurs activités sur la santé publique. Les résultats du sondage ont fait ressortir les responsabilités exercées par chaque organisme et ont mis au jour des renseignements utiles sur la façon de répartir et de coordonner les responsabilités de chacun à l'avenir.

La Commission a commandé trois autres rapports d'experts : le premier sur les possibilités de promotion de la santé dans le secteur de la santé, le deuxième sur la situation et les besoins spéciaux des malades chroniques et des personnes handicapées et le troisième sur les questions de formation et de recherche en santé publique.

En octobre 2000, la Commission a présenté son rapport final au ministre de la Santé et des Affaires sociales. Elle y proposait 18 objectifs nationaux répartis en six catégories

called “overarching guidelines,” and expressed the strategic intent of the commission. To each objective, a number of more specific targets were linked, together with various indicators for follow-up.

The commission also defined specific target groups for each objective and identified the actors to be responsible for implementation. The health objectives addressed the determinants of health mainly at the societal level. Eight of the objectives dealt with underlying determinants, six with lifestyle factors and four with public health infrastructure.

Finally, I would like to identify a few factors that, in my opinion, made the proposals and working process of the commission unique in comparison with national health strategies in other countries. First, the politicians and experts developed the strategy together. The experts ensured that the proposals were scientifically well founded and that there were prerequisites in place for the implementation of strategies. The politicians, on the other hand, were able to continuously discuss and negotiate during the working process and thereby agree on priority setting. Therefore, the final report developed by the commission was a political document based on scientific evidence. Second, the strategy focused on determinants of health, which required multi-sectoral implementation. The rationale behind this approach, as I mentioned before, was that determinants make it easier for the different sectors to identify their roles, and that the relationship between action and effect is less blurred by time lag and confounders compared to effects in terms of health outcome.

The determinant approach makes the role of the health sector less obvious. Accordingly, the proposed Swedish strategy required implementation in a number of policy areas and sectors, where the health sector is only one of the actors.

Third, the strategy was based on strong scientific evidence. The government's demand for scientific evidence behind the various proposals has mobilized the research community. Over 100 scientists representing different fields of public health research have published 19 reports to support the working process. Fourth, there was a strong emphasis on the democratic and transparent process behind the development of the strategy. The success of any public health strategy depends greatly on the process by which it has been developed. The process that leads to national goals can be just as important as the goals themselves.

It took more than three years to undertake the work involved in the development of the strategy. The process-oriented work of the commission was ensured by the broad consultation process with political and non-governmental organizations, authorities, academic institutions and other experts.

The publishing of 10 short discussion documents for debate on scientifically and politically controversial issues within the public health field was also important. As we heard, they organized seminars and conferences in various regions of the country,

appelées « lignes directrices d'ensemble », qui exposaient les intentions stratégiques de la Commission. À chaque objectif était liée une série de cibles plus précises, avec divers indicateurs pour le suivi.

La Commission a également défini des groupes cibles précis pour chaque objectif et déterminé les acteurs responsables de la mise en œuvre. Les objectifs abordaient les déterminants de la santé principalement sous l'angle sociétal. Huit des objectifs visaient des déterminants fondamentaux, six, des facteurs liés au style de vie et quatre, des facteurs associés à l'infrastructure de santé publique.

Enfin, j'aimerais énoncer quelques facteurs qui, à mon sens, rendent les propositions et le processus de travail de la Commission uniques en leur genre par rapport aux stratégies nationales de santé des autres pays. Premièrement, la classe politique et les experts ont élaboré la stratégie conjointement. Les experts ont veillé au bien-fondé scientifique des propositions et à l'existence de conditions préalables à la mise en œuvre. La classe politique, de son côté, a pu discuter et négocier tout au long du processus de travail et, par conséquent, donner son accord sur les priorités. Le rapport final présenté par la Commission était donc un document politique fondé sur des données scientifiques. Deuxièmement, la stratégie a porté sur les déterminants de la santé, ce qui a nécessité une mise en œuvre multisectorielle. Comme je l'ai mentionné plus tôt, l'adoption d'une approche axée sur les déterminants fait qu'il est plus facile pour les différents secteurs de cerner leur rôle et que le lien entre l'action et l'effet est moins brouillé par le décalage dans le temps et les facteurs de confusion que ce n'est le cas pour les résultats en matière de santé.

L'utilisation des déterminants met moins en évidence le rôle du secteur de la santé. La stratégie proposée nécessitait donc un travail de mise en œuvre dans plusieurs domaines d'action et secteurs, de sorte que le secteur de la santé devenait seulement un des acteurs.

Troisièmement, la stratégie reposait sur de solides données scientifiques. La volonté du gouvernement d'appuyer les propositions sur des connaissances scientifiques a entraîné la mobilisation du milieu de la recherche. Plus de 100 scientifiques issus de différents domaines de recherche en santé publique ont publié 19 rapports à l'appui du processus de travail. Quatrièmement, une grande importance a été accordée au caractère démocratique et transparent du processus d'élaboration de la stratégie. Le succès d'une stratégie de santé publique dépend pour beaucoup du travail d'élaboration. Le processus conduisant à la définition des objectifs nationaux peut être tout aussi important que les objectifs eux-mêmes.

Il a fallu plus de trois ans pour effectuer le travail d'élaboration. Ce travail a été basé sur de vastes consultations menées auprès d'organisations politiques et non gouvernementales, d'organismes gouvernementaux, d'établissements d'enseignement et d'experts.

Un autre élément important a été la publication de dix brefs documents de travail propres à susciter le débat sur des questions scientifiquement et politiquement controversées dans le domaine de la santé publique. Comme on l'a dit tout à l'heure, des

arranged by the commission itself or in collaboration with others. Such a working process is, of course, time consuming but absolutely critical for success.

Finally, I would like to add that the Swedish public health commission's working process, vision, focus on health determinants and strong demand for scientific evidence have inspired and influenced the current work of the World Health Organization's independent commission on social determinants of health, which is so generously supported by both Canada and Sweden. Hopefully, the WHO commission's work will inspire and guide governments all over the world to incorporate a social determinant perspective into their national policy processes so that in a few years time, the Swedish approach will not appear unique at all.

The Chair: Thank you for this wonderful presentation. We are very indebted to you. We recognize you are well out in front of us and that we can learn a great deal from you.

As you know, one of the problems confronting us is geography. We have a huge geographic area, and geography itself frequently is a determinant of health, although we do not identify it as such. Canada has extreme health disparities so, in addition to identifying the determinants of health as defined by you, the World Health Organization and the British and others, we have to deal with these geographic pockets of people.

I will bring you back to county councils to ask you about the situation in 1995 when Sweden kicked off this whole area. Were there significant disparities in the counties, in the various geographic areas of Sweden? Have you been able to deal with those disparities? Have you seen any progress?

Dr. Ågren: That is a very interesting question. Our institute has tried to study such geographic disparities, for example in the north of Sweden. Our institute is located 600 kilometres north of Stockholm, bringing us closer to those regional problems. Two areas in Sweden have different health situations in general, but in particular, in the populated areas in Northern Sweden there are lower employment figures than in the rest of Sweden. They are the higher proportion of people on sick leave and so on. They have more obesity and worse lifestyle determinants are seen in that area. People there are at a disadvantage. Some suburbs of the larger cities have a high immigrant population and accompanying social problems.

Some reports have stated that we have had an increase in those problems but when making an international comparison, one cannot say that Sweden has large geographical disparities in health. We have socio-economic disparities in health but there is not a large geographical disparity. For example, we have a very small indigenous population. We have made some studies of the

séminaires et des conférences ont été organisés par la Commission ou en collaboration avec d'autres entités dans différentes régions du pays. Ce processus de travail demande évidemment beaucoup de temps, mais il est absolument essentiel à la réussite de l'entreprise.

Pour terminer, j'aimerais ajouter que le processus de travail de la Commission de la santé publique de la Suède, sa vision, son approche axée sur les déterminants de la santé et son insistance sur les données scientifiques sont une grande source d'inspiration pour les travaux actuels de la commission indépendante de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de la santé, que le Canada et la Suède appuient généreusement. Il est à espérer que les gouvernements du monde entier s'inspireront des travaux de la Commission de l'OMS pour intégrer un volet sur les déterminants sociaux dans leur processus d'élaboration de la politique nationale, de telle façon que l'approche suédoise ne paraîtra plus unique au monde dans quelques années.

Le président : Merci pour ce magnifique exposé. Nous vous sommes redevables. Nous reconnaissons que vous avez une bonne longueur d'avance sur nous et que vous pouvez nous en apprendre beaucoup.

Comme vous le savez, l'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés est la géographie. Nous avons une vaste région géographique et la géographie en soi est souvent un déterminant de la santé, même si elle n'est pas reconnue comme tel. Le Canada enregistre des disparités extrêmes en matière de santé et donc, en plus de relever les déterminants de la santé définis notamment par l'Organisation mondiale de la Santé, les Britanniques et votre institut, nous devons faire face à ces concentrations géographiques de population.

Je vais revenir aux conseils de comté, car je veux vous poser des questions sur la situation en 1995 quand la Suède a décidé de lancer cette initiative. Y avait-il d'importantes disparités entre les comtés, les diverses régions géographiques de la Suède? Avez-vous pu atténuer ces disparités? Avez-vous constaté des progrès?

Dr. Ågren : C'est une question très intéressante. Nous avons tenté d'étudier de telles disparités géographiques, par exemple dans le Nord de la Suède. Notre institut est situé à 600 kilomètres au Nord de Stockholm, ce qui nous rapproche de ces problèmes régionaux. Deux régions en Suède ont des situations sanitaires différentes en général, mais en particulier, dans les régions peuplées du Nord de la Suède, les chiffres relatifs à l'emploi sont plus bas que ceux enregistrés dans le reste du pays. Elles comptent une proportion plus élevée de personnes en congé de maladie, et cetera. On y trouve un plus grand nombre de personnes souffrant d'obésité et de pires déterminants liés aux habitudes de vie. La population y est défavorisée. Un grand nombre d'immigrants vivent dans certaines banlieues des grandes villes, ce qui amène son lot de problèmes sociaux connexes.

D'après certains rapports, ces problèmes ont pris de l'ampleur, mais en comparant avec les autres pays, on ne peut pas dire que la Suède fait face à d'importantes disparités géographiques en matière de santé. Nous sommes aux prises avec des disparités socioéconomiques sur le plan de la santé, mais nous n'avons pas une importante disparité géographique. Par exemple, notre

health of those people in Northern Sweden, but the reports to date show that they have approximately the same health as the rest of the Swedish population.

Ms. Östlin: We also need to add that the government was sensitive to the geographic disparities when they appointed the commission. They pointed out that the four disparities were socio-economic, gender, ethnic and geographic. It was taken into consideration in the work of the commission as well.

The Chair: You have been functioning for a while but not very long in terms of population health outcomes. Have you noticed a correction in the geographic regions where health disparities were greatest?

Dr. Ågren: We do not have good data on that subject. However, the Swedish government has been very active for quite a long time in trying to reduce those disparities. For example, we have a system whereby we level out the taxes between different areas of Sweden. The regions and local communities have their own right of taxation and the right to take our taxes. Our current system levels this out. We take money from the rich communities and give money to the poor communities. The idea is to create equity in the level of taxation and regions should receive money according to their needs. We have a comprehensive system for levelling this out.

In my view, we have approximately the same geographical disparities as we had in the 1990s. I cannot say that our situation is better but it has not been worse.

Ms. Nilsson-Carlsson: The current government recently introduced a special policy to try to improve living conditions in the countryside. The main aim is to inspire new enterprises in rural areas to provide better working and living conditions in those areas, where it could contribute to better health.

Dr. Ågren: Previously, we looked at health as a reflection of what you could call "bad social circumstances" in one region. Today, we also look at health as one determinant of economic development. Perhaps one of the best instruments for improving the conditions in one region and improving the conditions for enterprise and so on is to improve the health of the population. We look at health as a factor inside our regional development policy.

Ms. Östlin: We ask do they reflect real geographical disparities or is this a patterning of social disparities? There is a tendency in remote areas to an accumulation of socially disadvantaged people. If that is controlled, perhaps the regional disparities would decrease.

population autochtone est peu nombreuse. Nous avons mené quelques études sur la santé des Autochtones dans le Nord de la Suède, mais les rapports révèlent jusqu'à présent que leur état de santé est à peu près le même que celui du reste de la population suédoise.

Mme Östlin : Nous devons aussi ajouter que le gouvernement était sensible aux disparités géographiques lorsqu'il a créé la Commission. Il a signalé que les quatre disparités étaient entre les groupes socioéconomiques, les hommes et les femmes, les groupes ethniques et les régions géographiques. La Commission en a tenu compte dans son travail également.

Le président : Votre organisme existe depuis un certain temps, mais pas depuis très longtemps, du point de vue des résultats pour la santé des populations. Avez-vous remarqué une amélioration dans les régions géographiques où les disparités en matière de santé étaient les plus marquées?

Dr Ågren : Nous n'avons pas de données fiables à ce sujet. Toutefois, le gouvernement suédois s'emploie activement depuis un bon moment à atténuer ces disparités. Par exemple, nous avons un système grâce auquel nous nivelons les impôts entre les différentes régions de la Suède. Les régions et les collectivités locales ont leur propre droit d'imposition et le droit de prélever nos impôts. Notre système actuel nivelle cela. Nous prenons l'argent des collectivités riches pour le donner aux collectivités moins bien nanties. L'idée est d'établir un niveau d'imposition équitable, et les régions devraient recevoir des fonds en fonction de leurs besoins. Nous disposons d'un système complet pour niveler tout cela.

À mon avis, nous avons à peu près les mêmes disparités géographiques à l'heure actuelle que dans les années 1990. Je ne peux pas dire que la situation s'est améliorée, mais elle n'a pas empiré.

Mme Nilsson-Carlsson : Le gouvernement actuel a récemment mis en œuvre une politique spéciale pour tenter d'améliorer les conditions de vie à la campagne. Elle vise principalement à inciter les nouvelles entreprises en milieu rural à offrir de meilleures conditions de travail et de vie dans ces régions, ce qui pourrait contribuer à améliorer la santé.

Dr Ågren : Dans le passé, nous voyions la santé comme un reflet de ce que nous appelions un « mauvais contexte social » dans une région. De nos jours, nous voyons aussi la santé en tant que déterminant du développement économique. L'un des meilleurs outils pour améliorer les conditions dans une région, une entreprise, et cetera, est peut-être d'améliorer la santé de la population. Nous voyons la santé comme un élément de notre politique de développement régional.

Mme Östlin : Nous voulons savoir si ces régions reflètent de vraies disparités géographiques ou s'il s'agit de disparités sociales liées à une tendance. Les personnes socialement défavorisées ont tendance à se concentrer dans les régions éloignées. Si cette tendance est maîtrisée, les disparités régionales diminueront peut-être.

Senator Pépin: We want to have a similar system to help our Canadian population. The new population health policy is the result of a long process involving many different players, such as political parties, constituencies, regional agencies and NGOs. This might be a great challenge. I would like to know the principal issue that the Swedish national institute of public health faced during its three years of work from 1997 to 2000.

How did the commission succeed in reaching an agreement with all of the various groups with their very different interests? Is there anything that we should learn from your experience on this commission?

Dr. Ågren: At the time, I was a politically appointed member of the commission. Other members would likely agree with me when I say that we solved the problem in the usual Swedish way — we compromised through negotiations. For example, one party was interested in family use while another party was interested in equality. We tried to give everyone something. Of course it was a compromise, but I think the commission succeeded because we got very broad consensus.

It is very interesting that when we changed government in Sweden after the last election, the new government stated that they would keep on with the general outline of the national public health policy. I would say that was a result of that compromise.

Ms. Nilsson-Carlsson: I think that was important for us as civil servants. When we built the system in government, we wanted it to be sustainable so we could fit the same structure with different political ideologies and put in many different measures under the same headline, according to the current political aims. It is very positive that we can keep the structure following several elections.

Mr. Lundgren: I think what was happening both within the committee and also outside was important. Inside the committee, as Ms. Östlin said, experts from different fields of society gave their knowledge to the politicians. Sometimes the professors had very good ideas and said we should do this, and the politicians said it is a good idea but it was not possible because it was not time for that from a political perspective. There was a good dialogue between the politicians and the experts. That was one thing.

The other thing was the dialogue with the members of society. Pamphlets were made, and Ms. Östlin has one with her. Those pamphlets were free, and ordinary people in Sweden could phone us up and ask to obtain a pamphlet about tobacco or elderly people and their health. We sent them out, and then they could discuss it with their friends. That was important.

Le sénateur Pépin : Nous voulons mettre en place un système semblable pour aider la population canadienne. La nouvelle politique en matière de santé publique est le fruit d'un long processus auquel ont participé de nombreux intervenants, tels que des partis politiques, des circonscriptions, des agences régionales et des ONG. Ce sera vraisemblablement un défi de taille. J'aimerais savoir quel a été le plus grand problème auquel l'Institut national de santé publique de Suède a dû faire face au cours de ses trois années de travail, soit de 1997 à 2000.

Comment la Commission a-t-elle réussi à en arriver à une entente avec tous les divers groupes aux intérêts très différents? Y a-t-il une leçon à tirer de votre expérience au sein de la Commission?

Dr Ågren : À l'époque, j'étais un membre de la Commission nommé par le gouvernement. D'autres membres m'approuveront vraisemblablement si je dis que nous avons réglé le problème à la manière typiquement suédoise — nous sommes parvenus à des compromis par l'entremise de négociations. Par exemple, un parti s'intéressait au recours à la famille tandis qu'un autre s'intéressait à l'égalité. Nous avons essayé de donner quelque chose à chacun. Bien entendu, il s'agissait d'un compromis, mais je crois que la Commission a réussi sa mission parce que nous avons obtenu un très large consensus.

Il est très intéressant de voir que lorsque nous avons changé de gouvernement en Suède après les dernières élections, le nouveau gouvernement a déclaré qu'il maintiendrait l'orientation générale de la politique nationale en matière de santé publique. Je dirais que c'était un résultat de ce compromis.

Mme Nilsson-Carlsson : Je pense que c'était important pour nous en tant que fonctionnaires. Quand nous avons élaboré le système au gouvernement, nous voulions qu'il soit viable pour pouvoir intégrer la même structure à des idéologies politiques différentes et placer de nombreuses mesures sous la même rubrique, en fonction des objectifs politiques de l'heure. C'est une bonne chose que nous puissions garder la structure après plusieurs élections.

M. Lundgren : Je crois que ce qui était fait tant au sein qu'à l'extérieur du comité était important. Au comité, comme l'a dit Mme Östlin, des experts dans différentes disciplines ont fait part de leurs connaissances aux politiciens. Parfois, les professeurs avaient de très bonnes idées et nous conseillaient de procéder de telle ou telle façon, mais les politiciens répondaient que l'idée était excellente, mais que c'était impossible parce que ce n'était pas le bon moment, d'un point de vue politique. Un bon dialogue s'était établi entre les politiciens et les experts. C'était une partie de la question.

L'autre partie, c'était le dialogue avec les membres de la société. Des brochures ont été préparées et Mme Östlin en a une avec elle. Ces brochures étaient gratuites et les citoyens ordinaires en Suède pouvaient nous téléphoner pour obtenir une brochure sur le tabagisme ou la santé des aînés. Nous leur faisions parvenir les brochures et ils pouvaient alors en discuter avec leurs amis. C'était important.

Another thing was the process to which Ms. Östlin referred. It was a process of politicizing the question. We work in the secretariat, and we were out discussing this with politicians and civil servants in the whole country. Of course they were very interested because of that.

The first sub-report was sent out to more than 500 different organizations and they responded with their opinions on it. The second report was sent out to more than 300 organizations, and they came back with their opinions. It was a very interesting process in that respect.

Ms. Östlin: I would like to add something that helped reach consensus between the politicians. We should not underestimate the role of the evidence presented to the politicians. If you have very strong evidence to support your ideas, it is very hard to oppose it. It is important to keep that in mind as well.

Senator Pépin: Where there is a will, there is a way. I think you answered my second question, which was to Ms. Nilsson-Carlsson. You say that to coordinate a government public health policy, a national steering group for public health has been established and led by the minister of health. Could you tell us more about the role of the steering group and its work? Do you have any specific cases upon which this group has made a positive impact?

Ms. Nilsson-Carlsson: So far, we have gone through the eleven domains of objectives and discussed them one by one. During the meetings, for example, the minister of public health has invited the responsible minister for the domain of the objectives that we are discussing at that meeting. For example, when we discuss health care, the minister responsible for health care participates in the meeting. When we are discussing agriculture and food policy, we have invited the minister of agriculture and so on. Therefore, several ministers have taken part in the meetings with the national steering committee. That has been a way to involve all the ministers in the government in the public health policy and to meet with the directors general from most of the different policy areas and come together to discuss public health. This has been an important way to broaden the perspective of public health and make it the responsibility for all policy areas.

Senator Callbeck: Thank you very much for your presentations this morning. I congratulate you on what you have been able to accomplish.

I am interested that you set up a representation from all your political parties, and I think you said there were seven. Is it common in Sweden that all political parties get together to fight a cause, or is this the exception?

Ms. Nilsson-Carlsson: I would not say it is an exception, but it is not very common, either. We have these kinds of committees for very politically sensitive issues. When we need broad involvement, then we use this technique. I think it was a good choice when talking about public health. We have a number of these kinds of politically based committees going on at the moment.

Par ailleurs, il y avait le processus que Mme Östlin a évoqué. Il s'agissait d'un processus de politisation de la question. Nous travaillons au secrétariat, et nous allions partout au pays pour en discuter avec des politiciens et des fonctionnaires. Bien entendu, la question les intéressait beaucoup pour cette raison.

Le premier sous-rapport a été envoyé à plus de 500 organismes différents, qui nous ont fait part de leurs avis sur celui-ci. Le deuxième rapport a été distribué à plus de 300 organismes, qui nous ont dit ce qu'ils en pensaient. C'était un processus très intéressant en ce sens.

Mme Östlin : J'aimerais ajouter un point qui a aidé les politiciens à parvenir à un consensus. Nous ne devrions pas sous-estimer le rôle des données présentées aux politiciens. Si vos idées s'appuient sur des données très solides, il est très difficile de s'y opposer. Il est important de garder cela à l'esprit également.

Le sénateur Pépin : Quand on veut, on peut. Je crois que vous avez répondu à ma deuxième question, qui s'adressait à Mme Nilsson-Carlsson. Vous dites que pour coordonner une politique gouvernementale en matière de santé publique, un groupe directeur national en matière de santé publique dirigé par le ministre de la Santé a été formé. Pourriez-vous nous en dire plus sur le rôle du groupe directeur et ses travaux? Avez-vous des cas précis où ce groupe a eu une incidence positive?

Mme Nilsson-Carlsson : Jusqu'à présent, nous avons examiné les onze domaines des objectifs et les avons étudiés un par un. Pendant les réunions, par exemple, le ministre de la Santé publique a invité le ministre responsable du domaine des objectifs au programme de cette réunion. Par exemple, lorsque nous discutons des soins de santé, le ministre responsable des soins de santé participe à la réunion. Dans nos discussions sur la politique en matière d'agriculture et d'alimentation, nous avons invité le ministre de l'Agriculture, et cetera. Par conséquent, plusieurs ministres ont pris part aux réunions du comité directeur national. C'était une façon de faire participer tous les ministres du gouvernement à l'élaboration de la politique en matière de santé publique, de rencontrer les directeurs généraux de la plupart des domaines d'action et de se réunir pour discuter de la santé publique. Ces rencontres ont énormément contribué à élargir les horizons et à intégrer la santé publique dans tous les domaines d'action.

Le sénateur Callbeck : Merci beaucoup pour vos exposés de ce matin. Je vous félicite de ce que vous avez accompli.

Vous avez fait en sorte que tous vos partis politiques soient représentés, et je crois que vous avez dit qu'il y en a sept. Est-ce courant en Suède que tous les partis politiques unissent leurs efforts pour une cause, ou est-ce l'exception à la règle?

Mme Nilsson-Carlsson : Je ne dirais pas que c'était une exception, mais ce n'est pas courant non plus. Nous avons des comités en place pour étudier des questions très délicates sur le plan politique. Quand nous avons besoin d'une grande participation, nous avons recours à cette technique. Je crois que c'était un choix judicieux dans le cas de la santé publique. Nous avons un certain nombre de comités qui s'occupent de tels dossiers politiques à l'heure actuelle.

Ms. Östlin: Behind the decision to set up the parliamentary commission was also previous experience with the public health group we set up at the end of the 1980s, which was a group of just experts, not politicians. They defined a public health strategy for the country, but it was not implemented because the expert group was unable to set political priorities and they could not handle the resource allocation, et cetera. Therefore, it was quite obvious that a strategy such as this needed a political platform as well. That is why politicians and experts sat together in that case.

Senator Callbeck: Did it take much lobbying to get all the political parties to tie in?

Ms. Nilsson-Carlsson: No, I do not think so.

Senator Callbeck: Ms. Nilsson-Carlsson, you stated that a general commitment in society is essential if you want a public health policy with a real impact on public health. I agree with that 100 per cent, but that is not easy to do. Obviously, you have been able to do it, and the procedure has been outlined here in papers. I am wondering, from your experience, is there any advice that you would give us? In other words, if you were just starting to do this, are there things you would do differently?

Ms. Nilsson-Carlsson: No, I do not think so when it comes to the procedure. What we had to do in the government was integrate what was suggested from the committee to the steering mechanisms that are already established in the government. We already had a mechanism for steering the agencies, and for the budget process, et cetera. In the government, we adjusted the public health objectives to the already established steering procedures.

If we had thought about that when the guidelines for the committee were written, then we might have been able to avoid a bit of work in the government. I think it was a good idea to try to integrate the public health aim and steering measures with the measures for steering agencies managing the budget. We had to do that in the government. That was something we could have done a bit differently.

I think we accomplished what we set out to do.

Mr. Lundgren: If you want to do in Canada what we did in Sweden, all the politicians in the committee were social policy politicians. Now we know about all kinds of broader and very near determinants of health. If you had such a committee, you could also have politicians from other fields on the committee. We had experts from the fields of labour and other fields that do not just deal with social policy. You could broaden the fields in the committee, perhaps.

Senator Fairbairn: You have made a very interesting presentation to us. It is interesting because it sounds very much like the kinds of problems that we are facing as we are going through our study.

Mme Östlin: Derrière la décision de créer la commission parlementaire, il y avait aussi l'expérience précédente avec le groupe en matière de santé publique que nous avions constitué à la fin des années 1980, composé uniquement d'experts et sans politiciens. Il avait défini une stratégie pour le pays, qui n'a pas été mise en œuvre parce que le groupe d'experts n'a pas été en mesure d'établir des priorités politiques et de gérer l'affectation des ressources, et cetera. Par conséquent, il était assez évident qu'une stratégie comme celle-ci avait besoin d'un programme politique également. Voilà pourquoi les politiques et les experts ont travaillé conjointement dans ce cas-ci.

Le sénateur Callbeck: Avez-vous dû faire beaucoup de lobbying pour que tous les partis politiques unissent leurs efforts?

Mme Nilsson-Carlsson: Non, je ne crois pas.

Le sénateur Callbeck: Madame Nilsson-Carlsson, vous avez dit que l'engagement de la société en général est essentiel si on veut mettre en œuvre une politique en matière de santé publique qui aura une réelle incidence sur la santé publique. Je suis entièrement d'accord, mais ce n'est pas facile à faire. Évidemment, vous avez été capables de le faire et la procédure a été décrite dans les documents. D'après votre expérience, quels conseils nous donneriez-vous? Autrement dit, si vous veniez tout juste de commencer ce projet, y a-t-il des choses que vous feriez différemment?

Mme Nilsson-Carlsson: Non, je ne crois pas pour ce qui est de la procédure. Ce que nous devions faire au gouvernement, c'était d'intégrer les propositions du comité aux mécanismes de direction déjà établis au gouvernement. Un mécanisme était déjà en place pour orienter les agences, pour le processus budgétaire, et cetera. Au gouvernement, nous avons adapté les objectifs en matière de santé publique aux procédures de direction déjà établies.

Si nous y avions pensé au moment d'élaborer les lignes directrices du comité, nous aurions pu éviter un peu de travail au gouvernement. Je crois que c'était une bonne idée d'essayer d'intégrer l'objectif en matière de santé publique et les mesures de direction aux mesures pour orienter les agences et administrer le budget. C'est ce que nous avons dû faire. C'était une chose que nous aurions pu faire un peu différemment.

Je crois que nous avons réalisé ce que nous souhaitions faire.

M. Lundgren: Si vous voulez reproduire au Canada ce que nous avons fait en Suède, tous nos politiciens au comité oeuvraient dans le domaine des politiques sociales. Nous connaissons maintenant toutes sortes de déterminants de la santé. Si vous aviez un comité de ce genre, vous pourriez également avoir au comité des politiciens d'autres disciplines. Nous avons invité des experts dans les domaines du travail et d'autres domaines qui ne s'occupent pas uniquement de politique sociale. Vous pourriez peut-être élargir l'éventail des domaines représentés au comité.

Le sénateur Fairbairn: Votre exposé était très intéressant, car les problèmes que vous avez évoqués ressemblent énormément à ceux auxquels nous nous heurtons à mesure que nous avançons dans notre étude.

Dr. Ågren, at the end of your presentation you talk about the efforts that had been made in various parts of your society. I know when it comes to literacy and learning, Sweden practically leads the world. It is an issue of great interest and importance to me. I take my hat off to you with regard to the notion that you have gone into society in order to make this effort work.

You mention, for instance, that your policy report covers all sorts of domains. It is very similar to what we are hearing now, certainly through this committee in Ottawa. You mention obesity and lack of physical activity as two of the important issues. You talk about health among young and elderly people. That almost says it all. We are in the same position. We are a much larger country in terms of miles but not in terms of issues.

Obesity in this country, particularly among children, has become a headline issue. This includes the unfortunate prospects that obesity has for the later parts of their lives and health. With respect to physical activity, in Canada we used to have a lot going on for young children in terms of sports and such things in schools. Much of that has drifted off. I wonder whether you can speak to us about those kinds of issues. Much of the strength lies in the families, but it does not always work that way.

As parliamentarians of whatever type, we all want to know that we can make our system work in Canada to make life better. Do you have any anecdotes on those very fundamental issues, particularly regarding young people, that you can give us to reflect what you have suggested in your report?

Dr. Ågren: Those same questions are very central to the discussion in Sweden. For example, when it comes to physical activity and obesity, we followed up on the public health policy. We had a special task from the government to deliver an action program against obesity in order to improve physical activity. I am very glad that the present government will soon deliver a bill to Parliament on this matter. There will be a number of our measures and proposals that will come back.

I think there are different parts to our work with physical activity and obesity. First, we have been working a great deal with trying to increase the awareness about the problem in the population. For example, some years ago we had a campaign called "Sweden on the move" in order to get people to know that they should participate in some sort of physical activity for at least 30 minutes a day. We monitor these things so we can say, for example, two-thirds of Sweden does participate in at least 30 minutes of physical activity a day. It has improved a bit, but not as much as we hoped.

Nowadays, we try to get physical activity into the planning of a community. For example, when planning routes, new areas for people to live or new facilities for walking or running, we work on

Docteur Ågren, à la fin de votre exposé, vous parlez des efforts qui ont été déployés dans diverses couches de votre société. Je sais qu'en matière d'alphabétisation et d'apprentissage, la Suède est pratiquement le chef de file mondial. C'est une question à laquelle j'attache beaucoup d'intérêt et d'importance. Je vous félicite d'être allé sur le terrain pour faire de cet effort un succès.

Par exemple, vous dites que votre rapport sur les politiques couvre toutes sortes de domaines. C'est un discours qui ressemble beaucoup à ce que nous entendons maintenant, certainement par l'entremise de ce comité à Ottawa. Vous évoquez l'obésité et le manque d'activité physique comme étant deux des grands problèmes. Vous parlez de la santé chez les jeunes et les aînés. C'est pratiquement tout dire. Nous sommes dans la même situation. Notre pays est différent du vôtre par sa superficie, mais non par ses problèmes. .

L'obésité au pays, particulièrement chez les enfants, fait maintenant les manchettes. Sans parler des conséquences malheureuses pour leur santé plus tard dans la vie. En ce qui concerne l'activité physique, les écoles au Canada offraient autrefois beaucoup de sports et d'activités de toutes sortes aux jeunes enfants. La majorité de ces activités ont disparu. Je me demande si vous pourriez nous parler de ces types de problèmes. Le gros de l'effort incombe aux familles, mais il n'en a pas toujours ainsi.

En tant que parlementaires, que nous soyons sénateurs ou députés, nous voulons tous savoir que nous pouvons faire fonctionner notre système au Canada pour améliorer la qualité de vie de la population. Avez-vous des histoires à nous raconter sur ces questions très fondamentales, notamment concernant les jeunes, pour illustrer ce que vous avez proposé dans votre rapport?

Dr Ågren : Ces mêmes questions sont au coeur du débat en Suède. Par exemple, en ce qui concerne l'activité physique et l'obésité, nous avons donné suite à la politique en matière de santé publique. Le gouvernement nous avait confié la tâche spéciale d'offrir un programme d'action contre l'obésité pour favoriser l'activité physique. Je suis très heureux que le gouvernement actuel entende présenter très bientôt un projet de loi au Parlement sur ce sujet. Un certain nombre de nos mesures et de nos propositions seront reprises.

Je crois qu'il y a différents volets de notre travail qui concernent l'activité physique et l'obésité. D'abord, nous déployons de nombreux efforts pour sensibiliser davantage la population au problème. Par exemple, il y a quelques années, nous avons lancé la campagne « La Suède en action » pour dire aux gens qu'ils devaient s'adonner à une activité physique quelconque pendant au moins 30 minutes par jour. Nous surveillons ces choses pour pouvoir dire, par exemple, que les deux tiers des Suédois font au moins 30 minutes d'activité physique par jour. La situation s'est améliorée un peu, mais pas autant que nous l'aurions espéré.

Aujourd'hui, nous essayons d'intégrer l'activité physique à la planification d'une communauté. Par exemple, lorsque nous planifions des routes, de nouveaux secteurs d'habitation ou de

integrating physical activity into social planning. We also try to work with school authorities to integrate physical activity into schools.

When it comes to obesity, we have had much discussion about whether we should put special measures on unhealthy foods. The labelling of foods has been part of the debate, but that is a question of general politics, and policy will influence that question.

We have also found that, when it comes to obesity, there are some indications with respect to young people. Perhaps we are not increasing it anymore; our latest results say it has been levelling off. It is too early to say if we have reversed the trend.

I think very keen monitoring of the problem, both at central and local levels, is very important. We work with looking at an issue and providing our results with the hope that those results get into the political discussion and new measures will be discussed. There is always some sort of interaction.

In terms of the health of young people, the present government is very eager to be involved in parental education. There is a huge demand for good parental education. We are trying to implement what we call evidence-based methods in parental education. That is what governmental agencies can do. It is very much how to stimulate local authorities, those most responsible for these sectors.

Senator Fairbairn: As an anecdote, I come from a small city in the western part of Canada. As is the case with most schools around the world, schools in my community have cafeterias and vending machines, where students can purchase all sorts of things with lots of salt and sugar. Much to the surprise of many in my community, the young people from one school marched on their principal and said that, unless the unhealthy foods in their cafeteria were removed, they would like to have the cafeteria closed down — they were trying to be athletic — the notion of which then reverberated around the community. We forget sometimes how smart young people can be. It sounds as though you are trying to do that.

Dr. Ågren: That is interesting. In Sweden, the local community municipalities are responsible for schools. Intense discussions have taken place in many municipalities; many of them have prohibited the sale of sweets and sodas in school cafeterias.

It is an ongoing discussion. Our role as a governmental agency is to provide facts to that discussion.

Senator Fairbairn: Your role is also to give encouragement, which you have done.

Senator Eggleton: Thank you for being with us and sharing the information of your experiences.

nouveaux endroits pour marcher ou courir, nous essayons d'intégrer l'activité physique à la planification sociale. Nous travaillons également avec les autorités scolaires pour intégrer l'activité physique dans les écoles.

Pour ce qui est de l'obésité, nous avons envisagé sérieusement d'imposer des mesures spéciales sur les aliments nocifs pour la santé. L'étiquetage des aliments a fait partie du débat, mais c'est une question de politique générale et la politique aura une influence dans ce dossier.

Nous avons aussi constaté, au chapitre de l'obésité, certains indices concernant les jeunes. Il est possible que l'obésité ne soit plus à la hausse; les derniers résultats montrent que la situation semble se stabiliser. Il est trop tôt pour dire si nous avons inversé la tendance.

À mon avis, il est très important de surveiller très étroitement la situation, tant au niveau central que local. Nous nous penchons sur un problème et nous communiquons nos résultats dans l'espoir que ces résultats feront partie du débat politique et que de nouvelles mesures seront envisagées. Il y a toujours une certaine interaction.

Pour ce qui est de la santé des jeunes, le gouvernement actuel entend bien s'occuper de l'éducation parentale. Partout, on réclame une bonne éducation parentale. Dans ce domaine, nous essayons de mettre sur pied ce que nous appelons des méthodes fondées sur des preuves. C'est ce que peuvent faire les organismes gouvernementaux. Il s'agit de stimuler les autorités locales, qui sont davantage responsables de ces secteurs.

Le sénateur Fairbairn : Permettez-moi de raconter une petite anecdote. Je suis originaire d'une petite ville de l'Ouest du Canada. Comme la plupart des écoles du monde, les écoles de ma communauté ont des cafétérias et des machines distributrices, où les élèves peuvent acheter toutes sortes de choses riches en sel et en sucre. À la grande surprise d'un bon nombre de gens, les jeunes d'une école ont défilé devant le bureau du directeur pour dire qu'ils souhaitaient la fermeture de la cafétéria si la malbouffe n'était pas éliminée — ils voulaient devenir des athlètes — et cette idée a eu des échos partout dans la communauté. Nous oublions parfois la sagesse des jeunes. Il me semble que c'est ce que vous essayez de faire.

Dr Ågren : C'est intéressant. En Suède, les municipalités sont responsables des écoles. Des discussions animées ont eu lieu dans de nombreuses municipalités; plusieurs ont interdit la vente de sucreries et de boissons gazeuses dans les cafétérias scolaires.

Le débat se poursuit. Notre rôle à titre d'organisme gouvernemental est de fournir des faits pour soutenir ce débat.

Le sénateur Fairbairn : Votre rôle est aussi d'encourager, comme vous l'avez fait.

Le sénateur Eggleton : Je vous remercie d'être avec nous et de nous faire part de vos expériences.

In our hearings, we have learned about a number of social determinants of population health — for example, poverty and lack of adequate housing. It is plain to us that a whole-of-government approach is required, to deal with the various social determinants.

However, there are many different ministries of the government involved in this, and trying to get a whole-of-government, or a horizontal approach, is not easy in a system that traditionally has been very vertical and silo-oriented. The ministers are all responsible for their specific programs and departments.

It is one thing to get people talking about this whole-of-government approach, but it is quite another to keep them committed to it. There needs to be political will, and it must be there all the time because ministers can go off into their silos again and do things that are relevant to their specific mandate.

How do you overcome that? How do you get a whole-of-government approach? How do you keep the commitment, people's feet to the fire, to ensure you can implement policies on population health?

Ms. Nilsson-Carlsson: On a daily basis in Sweden, the government takes all decisions unanimously, and that means we must negotiate with the other ministries all the time. The other ministries, when planning a proposal in their policy area, must share it with us beforehand so we can provide our opinion on their planned suggestions and drafts. Therefore, we always scrutinize what they do, the drafts from other ministries, with a perspective of whether it will gain public health or not. That way, we can keep the discussions ongoing all the time. I think that is one important means that we have.

Then we have the national public health steering committee, which meets over the borders of the ministries and talks about public health. It is then possible to provide guidelines to all the agencies, so we discuss with the other ministries that they must provide guidelines to their agencies to look upon public health in their areas of responsibility.

In terms of implementing public health policy, we use the usual mechanisms for steering and policy-building in Sweden. We have a lot of work going on among the agencies. I think Dr. Ågren could add to that.

Dr. Ågren: I could add that the crucial question is that we must always try to get health into other areas of society. That, of course, is a process, but not an easy one. I remember when the minister of finance for Sweden said he wanted to keep alcohol taxes high because he thinks it is better that people who are drinking are working. That was a good example, that the health arguments even influenced the minister of finance — which, of course, is the most difficult department of government to influence.

Au cours de nos audiences, nous avons appris qu'il existe un certain nombre de déterminants sociaux de la santé de la population — par exemple, la pauvreté et l'absence de logements adéquats. Il est clair pour nous qu'une approche pangouvernementale est nécessaire pour traiter des divers déterminants sociaux.

Toutefois, cette question touche un grand nombre de ministères et ce n'est pas facile d'adopter une approche pangouvernementale, ou horizontale, dans un système qui a toujours fonctionné en mode vertical et de cloisonnement. Les ministres sont tous responsables de leurs programmes et de leur ministère respectifs.

C'est une chose de parler de cette approche pangouvernementale; c'en est une autre de tenir des engagements. Il faut une volonté politique et cela, à chaque instant, parce que les ministres peuvent bien retourner dans leur vase clos et faire des choses qui sont pertinentes à leur propre mandat.

Comment surmonter cet obstacle? Comment arrivez-vous à une approche pangouvernementale? Comment faites-vous pour renouveler cet engagement, pour garder les gens en alerte, afin de mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population?

Mme Nilsson-Carlsson : Tous les jours en Suède, le gouvernement prend toutes les décisions à l'unanimité, ce qui signifie que nous devons négocier avec les autres ministères en tout temps. Les autres ministères, lorsqu'ils planifient un projet dans leurs secteurs de compétences, doivent nous en faire part au préalable pour que nous puissions dire ce que nous pensons de leurs suggestions. Par conséquent, nous examinons toujours attentivement ce qu'ils font, les projets des autres ministères, en tentant de déterminer s'ils contribueront à la santé publique ou non. De cette façon, nous entretenons le dialogue constamment. C'est là un moyen important que nous avons, je crois.

Nous avons aussi le comité directeur national de la santé publique, un comité interministériel qui s'occupe de la santé publique. Ce comité permet de fournir des lignes directrices à tous les organismes. Nous discutons donc avec les autres ministères et ils doivent fournir des lignes directrices à leurs organismes pour qu'ils tiennent compte de la santé publique dans leurs secteurs de responsabilités.

Pour ce qui est de la mise en œuvre d'une politique en matière de santé publique, nous utilisons les mécanismes habituels pour l'orientation et l'élaboration de politiques en Suède. Beaucoup de travail se fait parmi les organismes. Je crois que le Dr Ågren pourrait apporter des précisions à ce sujet.

Dr Ågren : Je pourrais ajouter que l'essentiel, c'est de toujours essayer d'intégrer les questions de santé aux autres sphères d'activité. C'est évidemment tout un processus, qui n'est pas facile. Je me rappelle lorsque le ministre des Finances de la Suède a dit qu'il voulait conserver une taxe élevée sur l'alcool parce que, selon lui, il vaut mieux que les gens qui boivent travaillent. Cet exemple montre que les arguments en faveur de la santé ont même influencé le ministre des Finances, qui est évidemment le plus difficile à influencer.

Mr. Lundgren: In the public health policy report, we also try to provide ammunition in relation to this. We are saying that it is not enough to guide an outside agency in the small sphere of public health once. You have to guide it several times, and perhaps every year.

It is interesting and important to add public health into instructions for agencies that are not under the ministry of health and social affairs but under other ministries. That way, we are building an alliance for good implementation. Different kinds of agencies will see health as very important for themselves in their tasks.

Senator Eggleton: What happens, though, when you have conflict or a different set of priorities among the ministers, resulting in deadlock as opposed to an agreement on proceeding?

For example, in the U.K., when Prime Minister Blair decided on goals and timetables for reduction of poverty, he put the Minister of the Exchequer, a very senior cabinet minister, in charge, to coordinate the project and to ensure that the funds would be there, to ensure there were not deadlocks, that there was some resolution to the matter, so that the goals and timetables could be met.

Do you have anything similar that would result in keeping the agenda moving forward if there happens to be disagreements over, say, funding issues and priorities, where the finance department can frequently get in the way of these policies?

Ms. Nilsson-Carlsson: We have negotiations with the minister of finance. We start with civil servants, but then we usually have to raise the issues to the state secretaries and then to our ministers to discuss. They must negotiate. Because of the unanimous principle of the government, at the end of the negotiation there must be a common solution on how to distribute the results from the budget negotiation. That depends on the priorities in the ministry and what a minister wants to put highest on the agenda.

We have no special solution for public health issues; it is the same as for all budget negotiations. It depends on the political prioritizations.

Dr. Ågren: The present Swedish government is a coalition government, consisting of four different governments. It is quite obvious they have to negotiate and compromise. That is part of the nature, I would say.

Senator Cook: Thank you, Mr. Chair, and good morning. I do want to commend you. You have made me think outside the box this morning.

I will direct my remarks to Ms. Östlin. You say that your final report was a political document based on scientific evidence. That, to me in itself, is a miracle. You then go on to say that the success of any public health strategy depends greatly on the process by which it has been developed and that the process leads to national goals that can be as important as the goals themselves.

M. Lundgren : Dans le rapport sur la politique en matière de santé publique, nous essayons également de fournir des munitions à cet égard. Nous disons qu'il n'est pas suffisant de guider une seule fois un organisme extérieur dans la sphère étroite de la santé publique. Vous devez lui donner des directives plusieurs fois, peut-être chaque année.

Il est intéressant et important d'intégrer la santé publique aux directives que l'on donne aux organismes qui relèvent d'un autre ministère que celui de la Santé et des Affaires sociales. Nous créons ainsi une alliance qui favorise la mise en œuvre de la politique. La santé prendra de l'importance dans le mandat de différents organismes.

Le sénateur Eggleton : Qu'arrive-t-il cependant s'il y a un conflit ou une différence de priorités d'un ministère à l'autre, qui conduit à une impasse plutôt qu'à une entente sur la façon de procéder?

Par exemple, au Royaume-Uni, lorsque le premier ministre Blair a fixé des objectifs et des échéanciers pour la réduction de la pauvreté, il a chargé le chancelier de l'Échiquier, un ministre très important du cabinet, de coordonner le projet et de veiller à ce que les fonds soient disponibles, qu'il n'y ait pas d'impasse et que les différends soient réglés, pour que les objectifs et les échéanciers soient respectés.

Avez-vous quelque chose de semblable pour assurer l'avancement du programme s'il y a des désaccords, disons, sur le financement et les priorités, aspects sur lesquels le ministère des Finances peut souvent intervenir?

Mme Nilsson-Carlsson : Nous avons des négociations avec le ministre des Finances. Nous commençons avec les fonctionnaires, mais nous devons habituellement aborder ces questions avec les secrétaires d'État, puis avec les ministres. Ils doivent négocier. Comme le gouvernement prend des décisions à l'unanimité, à l'issue des négociations, il doit y avoir une solution commune sur la façon de distribuer ce qui ressort des négociations budgétaires. Tout dépend des priorités du ministère et de ce qu'un ministre souhaite prioriser.

Nous n'avons pas de solution particulière pour les questions touchant à la santé publique; c'est la même chose dans toutes les négociations budgétaires. Tout dépend des priorités politiques.

Dr Ågren : Le gouvernement suédois actuel est un gouvernement de coalition, formé de quatre partis différents. Il est évident qu'ils doivent négocier et faire des compromis. Cela fait partie du paysage, je dirais.

Le sénateur Cook : Merci, monsieur le président, et bonjour. Je tiens à vous féliciter. Vous m'avez permis d'élargir mes horizons.

Je vais adresser mes commentaires à Mme Östlin. Vous dites que votre rapport final était un document politique fondé sur des données scientifiques. En soi, il s'agit d'un miracle, à mon avis. Vous dites ensuite que le succès d'une stratégie de santé publique dépend pour beaucoup du travail d'élaboration. Le processus conduisant à la définition des objectifs nationaux peut être tout aussi important que les objectifs eux-mêmes.

How is your working process managed? Do you have any evidence-based information that you are on track? If I understand the progression here, you must have a strong continuum with every stakeholder in order to reach and deliver this to the consumer.

Am I accurate in my analysis of what you have achieved here?

Ms. Östlin: Yes. The process definitely was important for coming to the final report. We invested a lot in the process. We were able to maintain the dialogue with all these stakeholders because we had a full-time chair and full-time secretaries. The process involved more than 100 scientific experts that provided the evidence that made the reviews for us and provided the basis for the decisions. The request was also made from the government that all propositions and all the proposals should be built on scientific evidence.

A couple of objectives were dropped in the final report because the scientific evidence was too weak behind those objectives. It has been really scrutinized also from the evidence point of view.

Senator Cook: May I ask you what goals were dropped along the continuum?

Ms. Östlin: I believe it was one on income inequalities. In the first report or target that we issued, an indicator was not to exceed a certain level. It was dropped because it was believed that the scientific evidence was not strong enough to support that. We had quite low income and equality in Sweden. If we decreased income and equalities even more, there was no evidence that the population would be better. There is certainly no evidence that inequalities in health would decrease.

That was one of the objectives that were dropped because the evidence was not strong enough.

The Chair: May I bring you back to your influence on industrial developments?

I am not quite sure how it works, but I have been aware for some time that things must be walked by the health minister. I do not know if that is the special minister or the determinants on public health or whether it is the other minister of health or the super minister; I am not quite sure how your system works.

Let me give you an example. In one of your counties, some corporate entity wants to build a large plant for processing of forestry products. Someone in the county, I suspect, starts asking questions about what effect this will have on the health of the community. How does the process work? Does that come back up through the county council? Does it come down from the top, from the minister? How does the process kick in?

Dr. Ågren: In general, it is a question for the local community to decide, for example, if you should start some sort of process inside the community.

Comment fonctionne votre processus de travail? Avez-vous des données qui montrent que vous êtes sur la bonne piste? Si je comprends bien la progression ici, vous devez maintenir des liens étroits avec chaque intervenant pour rejoindre le consommateur et lui donner cela.

Ai-je bien analysé ce que vous avez réalisé ici?

Mme Östlin : Oui. Le processus a certainement été important dans la rédaction du rapport final. Nous nous y sommes beaucoup investis. Nous avons pu maintenir le dialogue avec tous les intervenants parce que nous avions un président et des secrétaires à temps plein. Le processus a fait appel à plus d'une centaine d'experts scientifiques qui ont fourni les preuves, ont fait les études pour nous et fourni les données sur lesquelles les décisions ont été fondées. Le gouvernement avait aussi demandé que toutes les propositions soient fondées sur des données scientifiques.

Quelques objectifs ont été abandonnés dans le rapport final parce que les données scientifiques étaient trop faibles pour les justifier. Les données ont aussi fait l'objet d'un examen très pointu.

Le sénateur Cook : Puis-je vous demander quels objectifs ont été abandonnés en cours de route?

Mme Östlin : Je crois que c'était un objectif concernant les inégalités de revenu. Dans le premier rapport que nous avons publié, un indicateur ne devait pas dépasser un certain niveau. Cela a été abandonné parce qu'on a jugé que les données scientifiques n'étaient pas suffisantes pour le justifier. Il y avait des faibles revenus et des problèmes d'égalité en Suède. Si on réduisait les revenus et les égalités davantage, rien ne prouvait que la population s'en porterait mieux. Rien ne prouve que les inégalités en matière de santé seraient réduites.

C'est l'un des objectifs qui ont été abandonnés parce que les preuves n'étaient pas assez solides.

Le président : Pouvons-nous revenir à votre influence sur les développements industriels?

Je ne sais pas exactement comment cela fonctionne, mais je sais depuis un certain temps que les choses doivent être pilotées par le ministre de la Santé. Je ne sais pas s'il s'agit du ministre spécial chargé des déterminants de la santé publique ou s'il s'agit de l'autre ministre de la Santé ou le super ministre; je ne suis pas certain comment votre système fonctionne.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Dans un de vos comtés, une entreprise souhaite construire une grande usine pour la transformation des produits forestiers. Quelqu'un dans le comté, j'imagine, commence à poser des questions sur les effets que cette usine aura sur la santé de la population. Comment le processus fonctionne-t-il? Doit-on passer par l'intermédiaire du conseil du comté? Est-ce que c'est le ministre qui intervient? Comment le processus se met-il en branle?

Dr Ågren : En général, c'est la communauté locale qui décide, par exemple, si vous devez entreprendre un processus quelconque au sein de la communauté.

There is also a regulation requiring the local community to look at the environmental consequences of new investments. We are now working with a pilot project on complementing the environmental consequence descriptions with health consequence descriptions. We are developing tool kits for the local communities. In the future, we think that would facilitate that you should, in more general terms, look at the health consequences of new investments.

For example, we are trying to implement that when we are building roads. The new road may lower the number of traffic accidents, but it may increase the air pollution and it may decrease access to green areas, and so on. We try to look at all those consequences and weigh them together. The decision making process in those cases is at the local level. In some cases, it is done also at a regional level, but we have a complicated regional organization in Sweden where we have state regional agencies for planning purposes and the county councils, which mainly work with health care and those questions and not so much with regional agencies today.

The Chair: In Canada now, "environment" is the buzz word. We are very environmentally conscious, and the Ministry of Environment seems to get a look at everything that is developing.

To the chagrin of those of us in the health sector, health does not get looked at. You have been incredibly generous to forward us in advance a number of documents that are tremendously helpful to us. They will appear in paraphrased form, and also in recognized form in our final report, I am sure.

I was wondering how far along your tool kit documents are for the synergism between environment and health, and if you could share those with us also.

Dr. Ågren: We have a common European project on health consequence descriptions as a tool kit in the planning process. We have also English documents where we provide examples of how we try to implement those health consequence descriptions, in most cases together with environmental consequence descriptions, because that is the best method today.

We have the same situation, in some respects, as in Canada where the environment is discussed more than health at the planning level. That is also the situation in Sweden. We often want to go further in this area, but there is some development at least.

The Chair: How did you get to the position of having industrial projects and other things reviewed from a health point of view? We are nowhere near that here.

Dr. Ågren: That is a decision made by the local community. We are working on this, as it is a question within this discussion. The government requested that we develop those environmental health consequence descriptions. We are trying to use them, for

Par ailleurs, un règlement exige que la communauté locale examine les retombées environnementales des nouveaux investissements. Un projet pilote est en cours pour ajouter aux retombées environnementales les conséquences sur la santé. Nous mettons au point des trousse d'outils à l'intention des communautés locales. Dans l'avenir, nous croyons que cela incitera les gens à se pencher sur les conséquences des nouveaux investissements sur la santé.

Par exemple, nous essayons de déclencher cette réflexion lorsque nous construisons des routes. La nouvelle route peut contribuer à la réduction du nombre d'accidents, mais elle peut favoriser l'accroissement de la pollution et réduire l'accès à des espaces verts, et cetera. Nous essayons d'examiner toutes ces conséquences et de les pondérer. Dans ces cas, les décisions se prennent au niveau local. Dans certains cas, elles se prennent également au niveau régional, mais nous avons une structure régionale compliquée en Suède, où il y a des organismes régionaux d'État chargés de la planification et les conseils de comté qui s'occupent surtout des soins de santé et de ces questions et qui ne travaillent pas vraiment avec les organismes régionaux aujourd'hui.

Le président : Au Canada maintenant, le mot à la mode est « environnement ». Nous sommes très soucieux de l'environnement, et le ministère de l'Environnement semble avoir un droit de regard sur tout ce qui se fait.

Au grand regret de ceux d'entre nous qui oeuvrent dans le secteur de la santé, la santé ne retient pas l'attention. Vous avez été incroyablement généreux de nous fournir d'avance des documents qui nous seront extrêmement utiles. Je suis certain que des extraits seront reproduits dans notre rapport final, textuellement ou non.

Je me demande où vous en êtes dans l'élaboration de votre trousse d'outils qui permettra de créer une synergie entre l'environnement et la santé, et si vous pouvez nous en remettre également une copie.

Dr Ågren : Nous avons un projet européen commun sur la description des conséquences sur la santé qui servira au processus de planification. Nous avons aussi des documents en anglais dans lesquels nous donnons des exemples de la façon dont nous essayons d'appliquer ces descriptions avec, dans la plupart des cas, les descriptions des retombées environnementales, parce que c'est la meilleure méthode aujourd'hui.

À certains égards, nous avons la même situation qu'au Canada, c'est-à-dire que l'environnement prend plus de place que la santé dans la planification. C'est la même chose en Suède. Nous souhaitons aller plus loin dans ce domaine, mais nous faisons au moins certains progrès.

Le président : Comment en êtes-vous arrivés à vouloir que les projets industriels et autres soient examinés sur le plan de la santé? Nous sommes bien loin de là.

Dr Ågren : C'est une décision prise par la communauté locale. Nous y travaillons, puisque cette question s'inscrit dans ce débat. Le gouvernement a demandé que nous élaborions ces descriptions des conséquences sur la santé et l'environnement. Nous essayons

example, when it comes to state agencies and other governmental agencies. We are also using them inside the regional state administration, which the government directs.

As well, we are trying to implement them in the local communities. However, they are independent, so it is dependent on the political will in the local community to look at health consequences. Still, it is an ongoing discussion.

The Chair: You have no central legislation that mandates this?

Dr. Ågren: Not when it comes to health consequence descriptions. We do have regulations about environmental descriptions.

Ms. Nilsson-Carlsson: You can say that, in performing the environmental impact assessment, you cannot do that kind of assessment without considering health. Therefore, health is already part of the environmental impact assessments.

What Dr. Ågren is talking about is trying to improve this even further, and to have legislation on the environmental impact assessments.

Mr. Lundgren: I should say also that, from the institute's side, we have contact with 13 national state agencies and 21 regional state agencies regarding health impact assessments. That means we discuss the determinants that they can influence and discuss the method of health impact assessments together with them. We meet and discuss those questions. We start by meeting with them together and then meet them one by one. That is an ongoing process.

The Chair: I hope we get there some day. We are not there at this point in time in Canada.

I want to thank you again — and I very much want to thank you for the documents you sent us. I hope you will send us the tool kit, if you can.

Dr. Ågren: Yes.

The Chair: We may well be back to you. We have a little more than a year's work ahead of us yet before our final report comes out. You clearly are leading the field in this. We are enormously grateful to you for sharing your knowledge with us.

Ms. Nilsson-Carlsson: Thank you. We are happy that we could contribute to your work. It is an honour for us.

The Chair: Honourable senators, we must approve our subcommittee budget, which you have before you. It is clearly outlined. It breaks down to professional services of \$122,400, transportation \$56,858, all other expenditures \$8,250 for a grand total of \$187,508.

I have looked over this document, which has been well prepared by Ms. Reynolds, Clerk of the Committee, and I think it can be supported. Senator Eggleton will have to present this on our behalf to the Internal Economy Committee.

de les utiliser, par exemple, avec les organismes d'État et d'autres organismes gouvernementaux. Nous les utilisons aussi auprès de l'administration régionale, que le gouvernement dirige.

Nous essayons également de les appliquer dans les communautés locales. Toutefois, celles-ci sont indépendantes, alors les conséquences sur la santé seront examinées selon la volonté politique de la communauté locale. Encore une fois, c'est un débat qui est en cours.

Le président : Vous n'avez aucune loi centrale qui régit cela?

Dr. Ågren : Pas pour les descriptions des conséquences sur la santé. Nous avons un règlement concernant les descriptions environnementales.

Mme Nilsson-Carlsson : Vous pouvez dire qu'en effectuant l'étude d'impact environnemental, vous ne pouvez pas faire ce type d'évaluation sans tenir compte de la santé. Par conséquent, la santé fait toujours partie des études d'impact environnemental.

Ce que le Dr Ågren dit, c'est qu'on essaie d'aller plus loin et de faire adopter une loi sur les études d'impact environnemental.

M. Lundgren : Je dois dire aussi que, du côté de l'Institut, nous avons des contacts avec 13 organismes d'État nationaux et 21 organismes d'État régionaux pour ce qui est des études d'impact sur la santé. Cela signifie que nous discutons des déterminants sur lesquels ils peuvent avoir une influence et que nous discutons des méthodes d'évaluation de l'impact sur la santé. Nous nous rencontrons et nous discutons de ces questions. Nous commençons par les rencontrer ensemble, puis un par un. C'est un processus continu.

Le président : J'espère que nous y arriverons un jour. Le Canada n'est pas rendu à cette étape.

Je veux vous remercier encore une fois et je tiens à vous remercier pour les documents que vous nous avez envoyés. J'espère que vous nous enverrez la trousse d'outils, si vous le pouvez.

Le Dr Ågren : Oui.

Le président : Il est possible que nous communiquions de nouveau avec vous. Il nous reste un peu plus d'un an avant de publier notre rapport final. Il est clair que vous êtes des chefs de file dans ce domaine. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de nous faire part de vos connaissances.

Mme Nilsson-Carlsson : Merci. Nous sommes heureux de pouvoir contribuer à vos travaux. C'est un honneur pour nous.

Le président : Honorables sénateurs, nous devons approuver le budget de notre sous-comité, que vous avez devant vous. Tout y est clairement indiqué. Les services professionnels s'élèvent à 122 400 \$, les frais de transport à 56 858 \$, toutes les autres dépenses à 8 250 \$, pour un grand total de 187 508 \$.

J'ai regardé ce document, qui a été très bien préparé par Mme Reynolds, la greffière du comité, et je crois qu'il peut être justifié. Le sénateur Eggleton devra le présenter au Comité de la régie interne en notre nom.

Senator Eggleton: What are these two conferences about, in Halifax and Vancouver, \$9,574?

The Chair: They concern the subject of health care.

Senator Eggleton: Are they specific conferences? This was also in the Subcommittee on Cities budget, and I had it removed because there are no specific conferences in Halifax or Vancouver. This budget takes us to the end of March — and we would know about any conference.

The Chair: Internal Economy probably will remove this item, in that case.

Senator Eggleton: I would suggest we remove them. I do not like to have to justify something I do not have enough information about. They are just general. I had them removed in the Subcommittee on Cities budget.

The Chair: Senator Eggleton is saying that the Internal Economy Committee will take them out anyway, so we may as well take them out.

So with that adjustment, do we have approval of this budget?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you very much, and thank you all for attending at this teleconference. Today's hearing and the report will be of tremendous importance to us in writing our report.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, November 28, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:06 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (Chair) in the chair.

[English]

The Chair: We have an interesting meeting this afternoon because we have with us the experts from the first population health program in Canada, implemented in Prince Edward Island.

Of course, one of our committee members was the Premier of Prince Edward Island from 1993 to 1996. We should be able to be educated to a very high degree.

I want to thank the three witnesses for appearing. As I explained to committee members, our witnesses had to prepare themselves quickly; they did not have the lead time that most witnesses have. Therefore, we deeply appreciate you appearing and dealing with this as best you can. We understand fully that you did not have the preparation time you would have wanted.

Le sénateur Eggleton : En quoi consistent ces deux conférences, à Halifax et à Vancouver, pour lesquelles on prévoit 9 574 \$?

Le président : Elles portent sur les soins de santé.

Le sénateur Eggleton : Est-ce que ce sont des conférences spécifiques? Il y avait cela également dans le budget du sous-comité sur les villes, et je l'ai enlevé parce qu'il n'y a pas de conférence spécifique à Halifax ou à Vancouver. Ce budget nous amène à la fin de mars, et nous le saurions s'il y avait une conférence.

Le président : Le Comité de la régie interne supprimera probablement ce poste, dans ce cas.

Le sénateur Eggleton : Je propose que nous le supprimions. Je n'aime pas avoir à justifier une chose sur laquelle je n'ai pas assez d'information. Ce ne sont que des activités générales. J'ai supprimé ce poste dans le budget du sous-comité sur les villes.

Le président : Le sénateur Eggleton dit que le Comité de la régie interne supprimera ce poste de toute façon, alors peut-être vaut-il mieux que nous le fassions nous-mêmes.

Cette modification étant faite, le budget est-il approuvé?

Des voix : D'accord.

Le président : Merci beaucoup, et merci à tous d'avoir participé à cette téléconférence. La séance d'aujourd'hui et votre rapport nous aideront énormément à rédiger notre rapport.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 28 novembre 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 6 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Nous avons une réunion intéressante cet après-midi parce que nous allons entendre des spécialistes du premier programme canadien de santé de la population, qui a été mis en œuvre à l'Île-du-Prince-Édouard.

Nous savons tous que l'une des nôtres a été premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard de 1993 à 1996. Nous devrions donc assister à une séance de formation de très haut niveau.

Je tiens d'abord à remercier les trois témoins qui comparaissent aujourd'hui. Comme je l'ai indiqué aux membres du comité, ils ont dû se préparer très vite, beaucoup plus rapidement que la plupart des témoins. Nous vous sommes donc très reconnaissants d'être ici aujourd'hui et de vous être préparés de votre mieux dans les circonstances. Nous réalisons parfaitement que vous n'avez pas disposé du temps que vous auriez aimé avoir pour vous préparer.

We have with us Ms. Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations, P.E.I. Department of Health. The Department of Health works with stakeholders to promote health and prevent illness, using several collaborative approaches that focus on health determinants.

We also have with us Ms. Patsy Beattie-Huggan, President, The Quaich Inc., which was founded in 1998 to provide advice and innovation as well as health promotion products. Ms. Beattie-Huggan has served at the senior management level of the P.E.I. health community services systems during the health policy reforms.

Patsy Beattie-Huggan, President, The Quaich Inc.: Honourable senators, I wish to thank you all for the opportunity to share my experience and lessons through the 1993-1996 population health reforms in Prince Edward Island.

Since I received the phone call last week, I have been scrambling to reconnect with my own memories, which is sometimes hard to do when you get to a certain age. It was such an exciting part of my journey and my professional career that it was interesting to go back and reconnect with people who were involved in the health reform days and ask them what they would think in retrospect was the key lesson from that time.

It made sense to me to speak about my lived experience because I think the document your researchers compiled is an excellent record of the time. I could not have done better myself. In going through it, I was thinking that I recognize all of that. I thought I would group it according to the stages in which I had my own involvement and take it from there.

I did this in terms of a planning stage, a change agent stage, and also how I am the beneficiary of having had that experience — what I have been doing currently in the work and how I used those lessons.

In the mid-1980s, I was involved in the Association of Nurses of Prince Edward Island, ANPEI. I chaired a committee that was advocating for baccalaureate education for nurses as entry to practise in Prince Edward Island. In that process, I started to realize that the health system needed to change if these nurses would be using their education to the greatest extent. I began researching health system reforms around the world and what direction they were taking.

There are some profound documents that have made a big impact around the world in a number of different systems. One is the Lalonde report, which is Canadian, along with the declaration of the World Health Organization, which outlined goals for achieving health for all, including guidance and principles for

Nous avons parmi nous Mme Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel du ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce ministère collabore avec les intervenants pour promouvoir la santé et prévenir la maladie en faisant appel à plusieurs approches de collaboration qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé.

Mme Patsy Beattie-Huggan est également présente. Elle est la présidente de Quaich Inc., une société créée en 1998 pour formuler des conseils, proposer des innovations et offrir des produits faisant la promotion de la santé. Mme Beattie-Huggan a été cadre supérieur au sein du système des services de santé communautaire de l'Île-du-Prince-Édouard à l'époque des réformes de la politique de la santé.

Patsy Beattie-Huggan, présidente, The Quaich Inc. : Honorables sénateurs, je tiens à vous remercier de cette occasion de partager avec vous mon expérience et les leçons que j'ai tirées des réformes en matière de santé de la population qui ont été mises en œuvre à l'Île-du-Prince-Édouard entre 1993 et 1996.

Depuis le moment où j'ai reçu cette invitation par téléphone, la semaine dernière, j'essaie de ma rafraîchir la mémoire, et ce n'est pas toujours facile quand on atteint un certain âge... Cela fut une période si intéressante de mon cheminement et de ma carrière professionnelle que j'ai été séduite à l'idée de ce retour en arrière. J'en ai profité pour renouer des liens avec les personnes impliquées dans la réforme de la santé et pour leur demander, de façon rétrospective, les principales leçons qu'elles avaient retirées de cette époque.

Je n'ai pas de raison de revenir sur la chronologie des faits. Vos chercheurs l'ont fort bien fait et je n'aurais pu faire mieux moi-même. Parcourir leur document a d'ailleurs ravivé mes souvenirs. Je vais donc m'en tenir à l'expérience que j'ai alors vécue. Comme point de départ, je vais tenter de vous faire part de mes réflexions sur chacune des diverses étapes auxquelles j'ai participé.

Je vais donc vous entretenir de la phase de planification, au cours de laquelle j'ai été un agent de changement, en insistant sur la chance que j'ai d'avoir eu cette expérience, pour aborder ensuite ce que je fais actuellement et comment je tire parti de ces leçons.

Au milieu des années 1980, j'étais membre de l'Association of Nurses of Prince Edward Island, l'ANPEI. Je présidais un comité qui voulait imposer aux infirmières de détenir un baccalauréat pour pouvoir exercer à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce faisant, j'ai commencé à réaliser que le système de santé devrait évoluer pour que les infirmières puissent utiliser leurs compétences de la façon la plus large possible. Je me suis alors mise à étudier les réformes des systèmes de santé à travers le monde et les orientations qui avaient été retenues.

Il y a un certain nombre de documents très sérieux qui, à travers le monde, ont eu des répercussions importantes sur un grand nombre de systèmes différents. On peut en particulier citer le Rapport Lalonde, un document canadien, et la Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé, qui fixe pour objectif

reforming primary health care. We did a lot of research based on that and I was very involved at that point.

In 1989, there was a document that is not recorded in your backgrounder that was pivotal. It was released in P.E.I. and it was called «The Hospital and the Health Care Community,» written by Peter Ramsay, who was in charge of one of the more rural hospitals at that point. That document said that, although good care was being delivered on Prince Edward Island, there was no real system for that care. People who needed care, perhaps for multiple systems, had to knock on several different doors. The systems were not speaking to one another. The hospitals had hospital boards but they were managing just the hospitals. Social services and public health were not attached to that. Aside from that, some of the people using the health system a lot were also using other systems, like the justice and social service systems.

Before I took on my position, we were doing this research. I also found a report written and commissioned by Senator Callbeck, which had a lot of recommendations and identified many of these issues. However, it was that 1989 report that kick-started this need to look at the system and do it differently.

In that next year, there was a call on stakeholders — ANPEI being one of those — to be involved in looking at where to go from here. There was a lot of public consultation around the province. By that point, the association had conducted a literature review, looked at models and put forward a proposal to this transition team in terms of how the system might look.

I feel that was an influence that probably gets overlooked a lot in terms of where some of that material came from. It came from a fair amount of lobbying by that group. It was looking at community health centres in particular as having a big impact on primary health care. It was not talking so much about population health but about organizing care differently around the clients so that they had one point of entry with a number of services built around them — more integrated and holistic care.

Through 1991-92, there was broader consultation. During that time, there were working groups struck that put more detail to the reform of 1993, and contributed to the development of the document, «Partnerships for Better Health.»

During that transition year, I was at the University of Edinburgh studying for my master's degree, where I was receiving all the documents being developed on Prince Edward Island. In my course, I was comparing health systems around the world, looking at the U.K. health system and starting to see that no one system had all the answers. That was freeing because, in

d'assurer la santé de tous, en énonçant des conseils et des principes pour réformer les soins de santé primaires. Nous avons fait beaucoup de recherches en nous inspirant de ces documents et j'y ai participé très activement.

En 1989, un document essentiel, qui ne figure pas dans votre nomenclature, a été publié à l'Île-du-Prince-Édouard. Il avait pour titre *The Hospital and the Health Care Community*. Son auteur était Peter Ramsay, qui dirigeait l'hôpital d'une des régions les plus rurales de l'époque. Ce document affirmait que, si de bons soins étaient dispensés à l'Île-du-Prince-Édouard, celle-ci ne disposait pas pour autant d'un vrai système de soins. Les personnes ayant besoin de soins, parfois dispensés par plusieurs réseaux, devaient frapper à plusieurs portes. Chacun de ces réseaux fonctionnait en autarcie. Les hôpitaux étaient chapeautés par des régies, mais qui ne géraient que des hôpitaux. Il n'y avait pas de liens avec les services sociaux et de santé publique. Outre cela, certains gros consommateurs du système de santé étaient également clients d'autres systèmes, comme le système judiciaire et celui des services sociaux.

Avant que je n'occupe mon poste, voilà le type de recherches que nous faisons. J'ai également découvert un rapport rédigé et préparé à la demande du sénateur Callbeck, qui comportait nombre de recommandations et cernait plusieurs de ces questions. Ce fut toutefois ce rapport de 1989 qui nous a fait prendre conscience de la nécessité d'étudier le système et de faire les choses différemment.

Au cours de l'année qui a suivi, les intervenants, dont l'ANPEI, ont été invités à s'interroger sur l'orientation à prendre à partir de là. Beaucoup de consultations publiques ont été organisées dans toute la province. À cette époque, l'ANPEI avait procédé à un examen de ce qui avait été écrit sur le sujet, avait étudié les modèles et transmis une proposition à son équipe de transition sur la structure que pourrait avoir le nouveau système.

J'ai le sentiment que notre influence sur la formulation des nouvelles propositions a probablement été sous-évaluée. Elle découlait d'activités intenses de lobbying de notre groupe. Celui-ci s'est en particulier penché sur les centres de santé communautaire, en particulier parce qu'ils avaient des répercussions importantes sur les soins de santé primaires. Je ne parle pas tant ici de la santé de la population que d'une organisation différente des soins offerts aux clients pour qu'ils disposent d'un point d'accès unique à un certain nombre de services présents autour d'eux, soit une approche plus intégrée et holistique des soins.

La consultation s'est élargie en 1991 et 1992. À cette époque, divers groupes de travail ont précisé les détails de la réforme de 1993 et contribué à la rédaction du document «Partnerships for Better Health.»

Pendant cette année de transition, j'étais étudiante en maîtrise à l'Université d'Edimbourg où je recevais tous les documents rédigés sur l'Île-du-Prince-Édouard. Ma scolarité m'a menée à comparer les systèmes de santé à travers le monde, à étudier le système de soins de santé britannique, et à commencer à réaliser qu'aucun système n'apportait toutes les réponses. Lorsque je suis

coming back to Prince Edward Island, it created that climate and my attitude toward change — which was why can we not do it here?

I was very fortunate. When I came back to the island, my husband had submitted my resumé in response to an ad. Suddenly, I had an interview at the senior management level and became director of community development in the new system. That turned me into a change agent — I think I had been a secret one all my life, but it was nice to do that — and in the fall of 1993-94, the reforms were initiated.

This is where the people part really started. The negotiations with the unions began in earnest, along with the hiring of staff. There was a lot of excitement for those of us involved in initiating this change that had this vision about what health care could look like in a system that would be more responsive and more integrated, with care provided around people.

It was also a painful time for people who had been in the Department of Health. Suddenly, they did not have a job anymore; they had to apply for new jobs in this agency. I have to mention that because the people part is important in what happened and how it unfolded. It is difficult for those of us in that system to be interviewing our colleagues and deciding which one of them would get the job.

The expectations on us were great. We were change agents. We were hired that way. Our resources were few. We had to borrow desks from our previous employers. We had no resources at that time for running simultaneous systems.

However, we were motivated by the values underpinning health reform. If you have a chance to look at the document, "Partnerships for Better Health," you will see how laden it was with values. We were working long days and excited by it all. It was a highly educated group of people and it was an amazing experience from that point of view.

There was a lot of interest from outside researchers at McMaster University and the University of Helsinki, along with the European Union. There were a lot of projects going on, and that was exciting.

One of the products we developed on Prince Edward Island was the "Circle of Health," and I have circulated that. That tool is still in use, which is amazing, because I thought its shelf life was about five years.

revenue à l'Île-du-Prince-Édouard, cette constatation a permis de débloquer la situation. Elle a permis d'instaurer un climat, et pour moi de changer d'attitude, en nous demandant pourquoi nous ne pourrions pas concevoir nous-mêmes notre propre système.

J'ai eu beaucoup de chance. Quand je suis revenue dans l'Île, mon mari avait répondu en mon nom à une offre d'emploi. J'ai presque immédiatement été convoquée à une entrevue et été nommée directrice du développement communautaire dans le nouveau système. Cela a fait de moi un agent de changement. Je crois que je l'avais toujours été en secret pendant toute ma vie, mais j'étais contente de le faire ouvertement maintenant et, à l'automne de l'exercice 1993-1994, les réformes ont été lancées.

C'est à partir de là que les gens ont commencé à être réellement impliqués. Les négociations avec les syndicats ont commencé très sérieusement, en même temps que l'embauche de personnel. On ressentait alors beaucoup d'excitation chez ceux d'entre nous qui participaient au lancement de ces changements, qui avaient estimé que les soins de santé pouvaient être structurés en un système plus réactif et plus intégré, offrant un environnement de soins aux gens.

Ce fut aussi une période difficile pour les employés du ministère de la Santé. Tout d'un coup, ils n'avaient plus d'emploi. Ils devaient poser leur candidature à de nouveaux postes. Il ne faut pas l'oublier parce que le volet des personnes est important dans la suite du déroulement des opérations. Faisant déjà partie du nouveau système, il était difficile de faire passer des entrevues à nos collègues et de décider lesquels d'entre eux allaient obtenir des emplois.

On attendait beaucoup de nous. Nous étions des agents de changement. C'est à ce titre qu'on nous avait embauchés. Nous disposions de peu de ressources. Nous devions emprunter locaux et mobilier à nos anciens employeurs. Nous n'avions pas, à l'époque, les ressources nécessaires pour faire fonctionner simultanément plusieurs systèmes.

Toutefois, nous étions motivés par la volonté de mettre en œuvre les valeurs sous-tendant la réforme de la santé. Si vous avez l'occasion de parcourir le document « Partnerships for Better Health », vous constaterez que nous travaillions de longues heures et étions enthousiasmés par tout cela. Notre groupe était composé de gens solidement formés et c'était une expérience incroyable de ce point de vue.

Les chercheurs de l'extérieur, aussi bien de l'Université McMaster ou de l'Université de Helsinki que de l'Union européenne, s'intéressaient vivement à ce que nous faisions. Il y avait un grand nombre de projets et c'était passionnant.

L'un des produits que nous avons mis au point sur l'Île-du-Prince-Édouard était le « Cercle de santé », dont je vous ai fait remettre une copie. Cet outil est toujours utilisé, ce qui est étonnant parce que je lui prêtais alors une durée de vie d'environ cinq ans.

In the end, financial challenges brought a halt to it all. There were problems with cutbacks to federal transfer payments. Provincial creditors were knocking on doors and tough decisions had to be made about rollbacks. People began confusing reform with cutbacks, and we started getting backlash.

Soon, it became billed as a failure for the next election; it meant a change in government. That was 1996. I ended this section of my update here; after the restructuring took place that year, my position was eliminated.

That should be the end of my story, because I left government in 1998 when I decided that was not where I should be. However, it does not end there. I feel I was fortunate to be so motivated by the experience, to be part of something that was so creative and to have a candle of passion lit under me.

I believed there was potential, in the work that came out of that time, to take it forward. I was lucky in that Ms. Hennebery had moved into that position and was supportive.

I started my company, The Quaich Inc., in 1998. By the way, a quaich is a cup of friendship. Normally, one would pass a cup of malt whisky around the table, but I did not bring any with me. However, a quaich is a symbol of friendship and community, which is what I wanted to bring to the company.

I have been involved in many contracts since then. I will not get into that, but the one I want to highlight, because I see it as a legacy of health reform days, is the Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities, which has taken off. It began with an unsolicited proposal that was submitted in 2003, and is now in its fifth year of planning.

Funding is always a struggle but it is Atlantic-Canadian based. The Circle of Health is integral to its curriculum. In what I have distributed here, you can see that the advisory committee is representative of the Atlantic region, with three levels of government, three research centres and also community organizations. That says to me that the legacy of health reform is strong, it does exist, the cooperation is there with the health system, but it is outside the system.

What are the lessons learned? A range of people were interviewed by me in this last week. There was a community partner from health reform days, two former CEOs, and an evaluator who worked with Mr. Eyles as well. They used different words, but the themes remained consistent. In terms of the lessons that were learned, they said that more time is required and that the four-year political cycle followed does not allow that to happen. We need to be planning for 20 to 30 years. Tobacco is

À la fin, il a fallu mettre un terme à l'ensemble du projet sous la pression des difficultés financières. Celles-ci étaient imputables, entre autres, à la réduction des paiements de transferts fédéraux. Les créanciers de la province réclamaient leur dû et il a fallu prendre des décisions difficiles qui se sont traduites par des replis. Les gens ont commencé à confondre la réforme et les coupures, et nous en avons subi les premiers contrecoups.

La réforme a rapidement été étiquetée comme un échec et est devenue un enjeu pour l'élection suivante, qui a abouti à un changement de gouvernement. Nous étions en 1996. Je termine ici cette partie du point que je fais de la situation. Lorsque la réorganisation a eu lieu cette année-là, mon poste a été éliminé.

Mon histoire devrait prendre fin ici, parce que j'ai quitté le gouvernement en 1998 après avoir décidé de réorienter ma carrière. Elle ne se termine toutefois pas là. J'estime avoir eu beaucoup de chance d'avoir été si motivée par cette expérience, d'avoir eu le sentiment de participer à une initiative aussi novatrice et d'être animée en permanence par la passion.

J'étais convaincue que le travail fait à cette époque pouvait déboucher sur quelque chose de bien et qu'il fallait poursuivre. J'ai eu la chance que Mme Hennebery soit nommée à ce poste et soit favorable à ces idées.

J'ai lancé mon entreprise, The Quaich Inc., en 1998. Sachez qu'un « quaich » est un verre de l'amitié. Normalement, on fait circuler un verre de whisky de malte autour de la table, mais je n'en ai pas apporté aujourd'hui. Toutefois, il s'agit d'un symbole d'amitié et de communauté, et c'est le sens que je voulais donner à l'entreprise.

Depuis cette époque, j'ai travaillé à de nombreux contrats. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais il y en a un dont je veux parler, parce qu'il s'agit à mon avis d'un héritage de l'époque de la réforme de la santé. C'est le Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities. Il est né il y a quatre ans, en 2003, d'une proposition spontanée et nous planifions maintenant les activités de sa cinquième année d'existence.

Son financement est toujours difficile à obtenir, mais il vient pour l'essentiel du Canada atlantique. Le Cercle de santé fait partie intégrante de ce programme. Vous pouvez constater, dans les documents que je vous ai remis, que le comité consultatif est représentatif de la région Atlantique, avec trois paliers de gouvernement, trois centres de recherche et des organismes communautaires. Cela signifie pour moi que l'héritage de la réforme de la santé est important. Il est bien là, on observe une coopération au sein du système de santé, mais cela se passe à l'extérieur du système.

Quelles sont les leçons tirées de l'expérience? Au cours de cette dernière semaine, j'ai interrogé beaucoup de gens. Il y avait parmi eux un partenaire de la communauté à l'époque de la réforme de la santé, deux anciens directeurs généraux et un évaluateur qui a travaillé également avec M. Eyles. Chacun a utilisé des formulations différentes, mais les thèmes sont restés les mêmes. Au sujet des leçons retirées de l'expérience, ils disent qu'il faut plus de temps et que le cycle de la vie politique de quatre ans que

one example where we would not be where we are if there had not been long term work on that.

They also said that there needs to be dedicated financial resources for population health. Separation of services was also said to be necessary. As long as acute care and population health are kept within the same budget, the money will go where the crisis is. No matter how much they try to integrate services so that the community would influence the hospital, in reality, it does not work that way because the crisis always takes over.

There needs to be a structure for population health that is an overlay. Perhaps it needs to be a national structure with a national direction. One person said that, if money goes directly to the provinces, which have such a problem with acute care, that that is where the money would go, namely, acute care.

Public support is needed. Most politicians are influenced by public opinion, not necessarily research evidence, whereas public servants are more influenced by research evidence. This presents a dichotomy.

The importance of community involvement was stressed by three different people for different reasons. One, it keeps you real and services should be based on real needs. Two, people know their own experience and it needs to be heard. Three, it is important to have structures for innovation, which do not necessarily occur in bureaucracies but can occur both in community and in regional health authorities or in the private sector. There are different structures that would work for innovation in different ways and bureaucracies tend to stifle that.

I have two strong beliefs of my own that I wish to add. Population health as a concept is difficult for people to grasp and understand. The word "health" puts up barriers; people immediately think health sector. Even if you talk healthy communities, their eyes glaze over. I have tried to talk to ACOA, the Atlantic Canada Opportunities Agency, about funding for the summer institute, to bring the various sectors together and learn from each other. We know employment is a big factor in health. However, the general response is that the reason you are coming to me is because the health system is running out of money or it is not in our mandate. Hence, education is needed in some of these other sectors to share resources to make a difference in terms of population health.

Interdisciplinary work is a factor across sectors, and we are addressing this in the summer institute. We want to bring people together to develop a common language and understandings, and to build capacity in Atlantic Canada. Work is needed on literacy levels, but this is a complex concept. I have also given you an

nous suivons ne permet pas d'aller au bout d'un tel projet. Il faut pour cela planifier à des échéances de 20 à 30 ans. Le cas du tabagisme est un exemple de résultat que nous n'aurions pu obtenir si nous avions travaillé sur cette question à long terme.

Ils disent également qu'il faut affecter des ressources financières précises à la santé de la population. Il faut aussi que des services distincts soient offerts. Tant que les soins impératifs et la santé de la population relèveront du même budget, l'argent ira là où il y a crise. Peu importe les efforts faits pour intégrer les services afin que la collectivité puisse exercer une influence sur l'hôpital, cela ne fonctionne pas en réalité à cause de la façon dont on réagit toujours face aux crises.

Il faut une structure pour la santé de la population qui vienne se superposer à celles existantes. Il faut peut-être envisager une structure nationale, avec une direction nationale. Quelqu'un a dit que si l'argent va directement aux provinces, qui sont confrontées à l'ampleur du problème des soins urgents, c'est uniquement ce domaine qui bénéficiera de l'argent.

L'appui du public est nécessaire. La plupart des politiciens sont attentifs à l'opinion publique, et pas nécessairement aux éléments de preuve venant de la recherche, alors que les fonctionnaires sont plus attentifs à ces derniers. C'est là une dichotomie.

Plusieurs personnes ont souligné l'importance de l'implication de la collectivité, et ce, pour diverses raisons. L'une d'entre elles est que cela vous oblige à vous enraciner dans la réalité et que les services doivent reposer sur les besoins réels. Ensuite, les gens savent ce qu'ils ont vécu et il faut en tenir compte. Enfin, il est important de disposer de structures facilitant l'innovation, qui ne prend pas nécessairement naissance dans les bureaucraties mais qui peut apparaître dans la collectivité, dans les régies régionales de la santé ou dans le secteur privé. Différentes structures devraient s'efforcer d'innover, par diverses façons, et les bureaucraties ont, elles, tendance à mettre de telles idées en veilleuse.

Pour moi, j'ai deux convictions dont je souhaite vous faire part. Comme concept, la santé de la population est difficile à saisir et à comprendre par les gens. Le mot « santé » dresse des barrières; les gens pensent immédiatement au secteur de la santé. Même si vous parlez de collectivités en santé, vous voyez les regards se perdre dans le brouillard. J'ai essayé de suggérer à l'Agence de promotion économique du Canada-Atlantique, l'APECA, de financer le Summer Institute, de regrouper ainsi divers secteurs pour leur permettre d'apprendre les uns des autres. Nous savons que l'emploi joue un rôle déterminant dans la santé. Toutefois, la réponse qui m'a été donnée est que, pour l'essentiel, je m'adressais à l'APECA parce que le système de santé manque d'argent et que cela ne relève donc pas du mandat de l'Agence. Il faut donc faire de l'éducation dans certains des autres secteurs pour partager les ressources afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé de la population.

Le travail interdisciplinaire joue un rôle important dans tous les secteurs, et nous nous y intéressons dans le cadre du Summer Institute. Nous voulons regrouper les gens pour parvenir à une formulation et à une compréhension communes et pour doter le Canada atlantique de capacités. Il faut travailler sur le niveau

example of a learning tool developed for the summer institute that is in plain language and illustrates population health through a story.

Change management is also important. We need to value people — and do more than just say we value people. Population health reform was one reform of many, but it is ironic that it is so incongruent in terms of what happened to the people. Workplace wellness research is showing how much being valued is important to people's overall health.

In closing, I am working with many people in the community now. I met a woman last week who is a real leader in Elsipogtog First Nation. She has developed a concept that she describes as population health meets the medicine wheel. However, she struggles with getting her own band council to understand it. The challenge is how to move these concepts forward into a wider community.

Atlantic Canada has issues with changing demographics and we have been doing work in terms of creating a profile; it is a work in progress. The work this committee is doing is very timely.

The Chair: Mr. Eyles is a professor at the School of Geography and Earth Science at McMaster University. His research interests include the evaluation of health care systems and programs, utilization of evidence-based decision-making frameworks in health and environment settings, and, recently, he participated with a group of Canadian researchers in an evaluation paper on the P.E.I. experience.

John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences, McMaster University: My work with P.E.I. dates to about five years ago, although my interest and research in population health has continued in different settings. Therefore, I have more to say about population health generally, although it is influenced greatly in a positive way by my P.E.I. experience.

Ms. Beattie-Huggan and I agree, population health and social determinants of health are rich, all-embracing, inclusive concepts. However, there are problems trying to make them operational and meaningful at the policy and practice level. That is a struggle with population health in general. The mandate of health continues to spread outward, across the policy environment, like an octopus. Its relationship to the mandates of other policy areas, particularly in terms of funding, needs serious reflection. Certainly in Ontario, health expenditures have frozen out virtually every other welfare program.

d'alphabétisation, mais c'est là un concept complexe. Je vous ai également fourni un exemple d'un outil d'apprentissage mis au point pour le Summer Institute qui est en langage simple et qui illustre la santé de la population au moyen d'une histoire.

La gestion du changement est également importante. Nous devons apprécier les gens, et faire plus que simplement affirmer que nous les apprécions. La réforme de la santé de la population n'a été qu'une réforme parmi d'autres, mais il est ironique qu'elle soit tellement incongrue quand on adopte le point de vue de ce qui arrive aux gens. Les recherches sur le bien-être en milieu de travail montrent combien il importe, pour la santé des gens au sens large, qu'ils soient appréciés.

Pour terminer, je collabore maintenant avec de nombreuses personnes de la collectivité. J'ai rencontré la semaine dernière une femme de la Première nation Elsipogtog. Elle a élaboré un concept qu'elle illustre en parlant de la correspondance entre la santé de la population et les cercles d'influence. Toutefois, elle a de la difficulté à faire comprendre ce concept par son propre conseil de bande. La difficulté et de trouver comment faire progresser ces concepts dans une collectivité plus large.

Le Canada atlantique est confronté à des problèmes découlant de l'évolution des caractéristiques démographiques et nous avons travaillé pour élaborer un profil. C'est un travail qui se poursuit. Les travaux de ce comité sont donc fort opportuns.

Le président : M. Eyles et professeur à l'École de géographie et des sciences de la Terre, à l'Université McMaster. Ses travaux portent, entre autres, sur l'évaluation des systèmes et des programmes de soins de santé, sur l'utilisation des cadres de prise de décision reposant sur des éléments de preuve en santé et en environnement et, plus récemment, il a participé avec un groupe de chercheurs canadiens à la rédaction d'un document d'évaluation sur l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard.

John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la Terre, Université McMaster : Mes travaux sur l'Île-du-Prince-Édouard remontent à environ cinq ans, même si je m'intéresse et fais des recherches sur la santé de la population dans différents contextes. J'ai donc davantage à dire sur la santé de la population en général même si mon point de vue est fortement influencé, et de façon favorable, par mon expérience de l'Île-du-Prince-Édouard.

Mme Beattie-Huggan et moi sommes d'accord. La santé de la population et les déterminants sociaux de la santé sont des concepts riches, intégrant tous les aspects de ces questions, et inclusifs. Il y a toutefois des difficultés qui apparaissent quand on veut les rendre opérationnels et significatifs au niveau de la politique et de la pratique. C'est une bataille à livrer à chaque fois qu'il s'agit de la santé de la population, en général. Le mandat de la santé continue à s'étendre vers l'extérieur, dans tout le contexte politique, comme une pieuvre. Ses relations aux mandats des autres domaines de politique, en particulier en ce qui concerne le financement, méritent qu'on y réfléchisse sérieusement. Il est manifeste, par exemple, qu'en Ontario, les dépenses de santé ont eu pour effet de pratiquement geler celles de tous les autres programmes de bien-être.

I will address the challenges and successes of the P.E.I. reforms of the 1990s, and then share lessons learned from that experience and from my own growing interests in population health.

First of all, a few strategic comments about P.E.I.'s experience: The reforms were far-sighted and courageous. P.E.I. led Canada for about 10 years in population health matters and in trying to implement population health at the regional level.

The reform that was undertaken was massive, and the relationship between population health and other aspects of the reform did not always sit easily together. In particular, regionalization took a great deal of effort and time to work its way through the system, at the same time that this new agenda of population health was being instigated at the policy level.

The second general strategic point I make is that it was decided in P.E.I. that there would be a separation of powers. There would be the creation of a policy agency, a council to make strategic decisions, as well as the line ministry, the line Department of Health and Social Services. I think that is an excellent idea. It allowed players to focus on different elements required for improving the health of the population. Practically, it was daunting. It could lead to conflict and mistrust and differences of opinion that were perhaps not always helpful.

The final general comment I will make concerns the idea of population health itself. It was accepted, although it is a difficult concept, as we have said, at the policy level. I am less clear that it was accepted at other levels in the P.E.I. system — the decision-maker level, by which I mean the politicians, and the provider level, by which I mean doctors, and citizens. I do not think they fully understood, and that will come back in lessons learned in a short time.

Moving on to some operational comments, I have divided it into challenges and success. There were three or four operational challenges that I see from the P.E.I. experience. The first is the importance of acute care. Of course, it is important, and it stayed important in the minds of politicians, citizens and many providers. At the time of retrenchment, the idea that acute care might be cut was a threat to rural livelihoods, in particular with the closure of hospitals, which meant that population health was dealing again with a very difficult set of circumstances.

The second operational issue concerns trying to change work practices and agreements, particularly among unionized staff, and in that I include the physicians. They have a right to treat and

Je vais traiter des défis et des réussites des réformes de l'Île-du-Prince-Édouard tentées pendant les années 1990, puis vous faire part des leçons tirées de cette expérience et de mon intérêt croissant pour les questions de santé de la population.

Tout d'abord, permettez-moi quelques commentaires stratégiques au sujet de l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard. Les réformes visaient un horizon lointain et étaient courageuses. L'Île-du-Prince-Édouard a été un leader au Canada pendant environ dix ans dans ce domaine et s'est efforcée d'implanter les concepts de la santé de la population au niveau régional.

La réforme dans laquelle on s'est lancé à l'époque était massive, et les relations entre la santé de la population et les autres aspects de la réforme ne se sont pas toujours bien emboîtés. Il faut savoir, en particulier, que les tentatives de régionalisation ont nécessité énormément d'efforts et de temps pour les mettre en œuvre dans tout le système, à l'époque même où ce nouveau programme de santé de la population a été mis en œuvre à l'instigation du palier politique.

Le second point stratégique de portée générale est qu'on a décidé, à l'Île-du-Prince-Édouard, que les pouvoirs seraient séparés. On allait mettre sur pied un programme de politique, un conseil pour prendre des décisions stratégiques, en même temps qu'un ministère de type hiérarchique, le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela me paraît une excellente idée. Elle permet aux intervenants de consacrer leurs efforts aux divers éléments nécessaires pour améliorer la santé de la population. Dans la pratique, ce fut un effort dantesque. Cela a pu être à l'origine de conflits, de méfiance et de divergences d'opinions qui n'ont probablement pas toujours été utiles.

Le dernier commentaire général que j'aimerais faire concerne l'idée même de santé de la population. Elle a été acceptée, même s'il s'agit d'un concept difficile, comme nous l'avons dit, au niveau politique. Je ne suis pas aussi certain qu'elle a été acceptée aux autres niveaux dans le système de l'Île-du-Prince-Édouard, soit le niveau de prise de décision, j'entends par là les politiciens, et au niveau des prestataires de services, et là j'entends les médecins et les citoyens. Je ne crois pas qu'ils ont bien compris les intentions de l'époque et nous y reviendrons sous peu dans les leçons tirées de l'expérience.

En venant à des commentaires opérationnels, je les ai répartis en défis et en réussites. Il me semble que l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard a fait apparaître trois ou quatre défis opérationnels. Le premier est l'importance des soins impératifs. Ils sont bien sûr importants et le restent dans l'esprit des politiciens, des citoyens et de nombreux prestataires de services. À cette époque de repli, l'idée qu'il serait possible de couper les soins impératifs constituait une menace au mode de vie rurale, en particulier avec la fermeture d'hôpitaux, ce qui avait pour effet que la santé de populations se heurtait à un ensemble de conditions très difficiles.

Le second problème opérationnel a trait à la tentative de modifier les pratiques de travail et les ententes en la matière, en particulier chez le personnel syndiqué, et j'englobe ici les

operate in the way they see fit, and for me they are the most powerful union we have in this country.

Third, population health was seen as part of health promotion. My colleagues may disagree. Health promotion is very much at the margins of the health care system, receiving a small portion, only two or three per cent, of the budget. It is perceived to be at the margins of care and is the first thing to be cut or reduced in times of retrenchment. Therefore, population health home in the health system was a difficult challenge because of that connection. Where else would you put it, in some ways, but it is a challenge.

The final challenge that I can point to concerns the centrality of finance funding and budgets. The allocations to the regions were difficult. They were made along historical lines, and there was no attempt, as shown in one of the prime findings from our evaluation, to create a different focus in budget lines. Without a budget line, you are simply nowhere. As times became harder, that was one of the main problems with trying to advance the population health agenda in P.E.I. Circumstances change, as Ms. Hennebery will tell us in a few moments

The successes, and there were many, were largely at the level of integration and cooperation and partnership, the things that Ms. Beattie-Huggan so eloquently emphasized. There was across-department cooperation at the provincial level. Health and Social Services and justice, for a while, were involved. There were across-service partnerships, especially within regions, which was very positive and led to great community involvement in health delivery, broadly defined. There was resource sharing between services, mainly in staff time and infrastructure, which is really important for those on the ground in providing help for those who required it, those in need. Population health as an idea, I think my final success will illustrate, although there are many others, was shared and specifically championed, especially in the service delivery community. I think they got it, and that was a wonderful thing to see.

In closing, I shall talk about three or four lessons learned. The P.E.I. reforms, of which population health was a part, were a massive undertaking. As has been mentioned, it is difficult to move forward on many fronts at the same time. For me, the lesson learned on the way forward would be perhaps to concentrate on specific objectives with targets at specific times. For me, population health is a credible framework for specific conditions. How else can we look at the rise in teen pregnancy? How else can we look at the increase in type 2 diabetes without a population health framework? Who should lead those initiatives

médecins. Ils ont le droit de traiter et de travailler de la façon qui leur convient, et il me semble que c'est le syndicat le plus puissant de ce pays.

En troisième lieu, la santé de la population était perçue dans le cadre de la promotion de la santé. Il se peut que mes collègues ne soient pas d'accord. La promotion de la santé se situe aux confins des systèmes de soins de santé, ne recevant qu'une faible partie du budget, seulement deux ou trois pour cent. On la considère à la limite des soins et c'est le premier poste à couper ou à réduire en période de restrictions. Il s'est donc avéré qu'implanter la santé de la population dans le système de santé était un réel défi à cause de ce lien. Il n'y a guère d'autres endroits où l'implanter, mais cela constitue un défi.

Le dernier défi dont je peux faire état est lié au caractère centralisé du financement et des budgets. La ventilation des fonds entre les régions était difficile. Elle se faisait en s'inspirant des modalités antérieures et il n'y a eu aucune tentative, comme l'ont montré les premiers résultats de notre évaluation, de réorienter un certain nombre de postes budgétaires. Sans poste budgétaire propre, vous n'allez tout simplement nulle part. Au fur et à mesure que les choses sont devenues de plus en plus difficiles, c'est l'un des principaux problèmes apparus quand on a voulu faire progresser le programme de santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard. Les circonstances changent comme va nous le rappeler Mme Hennebery dans quelques instants.

Quant aux réussites, et il y a en eues de nombreuses, elles sont surtout intervenues au niveau de l'intégration, de la coopération et des partenariats, des aspects sur lesquels Mme Beattie-Huggan a si éloquentement insisté. On a constaté une coopération interministérielle au niveau provincial. Les services sociaux et de santé, et les services juridiques ont, pendant un moment, été impliqués. Il a eu des partenariats coiffant toute une série de services, en particulier dans les régions, ce qui a été une excellente chose et a conduit à une plus grande implication de la collectivité dans la prestation des services de santé, définis au sens large. Il y a eu des partages de ressources entre les services, surtout du temps des employés et des infrastructures, ce qui est vraiment important pour les personnes qui viennent directement en aide à celles qui en ont besoin. Il me semble, comme va le montrer le dernier cas de réussites que je vais évoquer, même s'il y a en eus beaucoup d'autres, que la santé de la population comme idée a été partagée et défendue de façon spécifique, en particulier dans la collectivité de la prestation des services. Je crois que ses membres ont bien saisi ce dont il s'agissait, et ce fut une chose merveilleuse à observer.

Pour terminer, j'aimerais mentionner trois ou quatre leçons tirées de cette expérience. Les réformes de l'Île-du-Prince-Édouard, dont celle de la santé de la population faisait partie, ont constitué une entreprise très importante. Comme on l'a déjà indiqué, il est difficile de progresser sur de nombreux fronts en même temps. Pour moi, la leçon à en tirer serait peut-être de se concentrer sur des objectifs précis avec des échéances également précises. À mes yeux, la santé de la population est un cadre crédible pour des conditions particulières. De quel autre point de vue pourrions-nous examiner l'augmentation des grossesses chez

is another issue I will come to in a moment. It should not always be physicians, nor should it always be Health Canada policy people who lead them.

Given that we are better at looking at specific objectives, maybe we should reframe what population health is about. We are not very good at health. We are far better at understanding illness. Perhaps we should think about an illness-reduction strategy at a population level.

Population health or illness reduction requires time and money, as Ms. Beattie-Huggan said. Budget lines need adjustment to reflect those priorities that we see as important, and time is required to see if initiatives lead to the desired outcomes and targets. It is important to have those outcomes and targets, and population health in many jurisdictions, not necessarily P.E.I., has been lacking through not having targets. As Ms. Beattie-Huggan also said, those timelines seldom coincide with the electoral cycle. Population health policy, or illness-reduction policy, since I should stick to the term I prefer, requires a reasonable lead time and preparation. We need to inform all constituencies before the specific policy objectives are rolled out to get that buy-in and understanding of what we are trying to do in terms of health improvements or illness reductions for the population. I do not think any jurisdiction that I know has spent sufficient time in that preparatory work because you simply want to get going, which is understandable.

What P.E.I. showed to me and my work since, which has mainly been at the local level, is that it is very important to identify lead agencies, champions and partners in any endeavour to reduce illness or improve health, but then who should it be? Should it be Health? Could it be someone else? What should the relationship between Health and other departments be? Can those partnerships be formalized in terms of agreements? What is the role of politics and the cabinet in this? In other words, who should be the champion for this? What department, what agency, what level, what function? As the program policy moves through, it may be that the champion has to change or there has to be a many-headed champion.

Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations, P.E.I. Department of Health: Thank you for the invitation to speak to this committee today. Senator Keon mentioned earlier that we had a fairly short time frame to prepare

les adolescentes? De quel autre point de vue pourrions-nous observer l'augmentation des diabètes de type 2 sans cadre de santé de la population? Qui devrait diriger de telles initiatives est un autre problème. J'y viendrai dans un moment. Ça ne devrait pas toujours être les médecins, pas plus que les responsables de la politique de Santé Canada qui les dirigent.

Puisqu'il vaut mieux s'intéresser à des objectifs précis, peut-être devrions-nous recadrer la définition de la santé de la population. Nous ne sommes pas très bons dans le domaine de la santé. Nous sommes bien meilleurs quand il s'agit de comprendre la maladie. Nous devrions peut-être envisager une stratégie de réduction de la maladie au niveau de la population.

La santé de la population, ou la réduction de la maladie, nécessitent du temps et de l'argent, comme l'a dit Mme Beattie-Huggan. Les postes budgétaires doivent être adaptés pour tenir compte de ces priorités qui nous paraissent importantes, et il faut du temps pour que de telles initiatives parviennent aux résultats et aux objectifs souhaités. Il est important d'avoir ces résultats et ces objectifs, et la santé de la population a, dans de nombreuses administrations, mais pas nécessairement à l'Île-du-Prince-Édouard, souffert de l'absence de tels objectifs. Comme Mme Beattie-Huggan l'a également dit, les calendriers de telles initiatives coïncident rarement avec le cycle électoral. Une politique de santé de la population, ou une politique de réduction de la maladie, puisque je m'en tiens à l'expression que je préfère, nécessitent de disposer d'un délai raisonnable pour se préparer. Il faut informer tous les groupes intéressés avant d'adopter des objectifs précis de politique pour obtenir l'adhésion et la compréhension de ce que nous essayons de faire pour améliorer la santé ou réduire la maladie, le tout pour améliorer le sort de la population. Je ne crois pas que quelque administration que je connaisse ait consacré suffisamment de temps à ce travail préparatoire, tout simplement parce que les gens veulent aller de l'avant, ce qui se comprend.

Ce que l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard m'a révélé, tout comme le travail que j'ai fait depuis, essentiellement au niveau local, est qu'il est très important de désigner des organismes responsables, des champions et des partenaires dans toute entreprise pour réduire la maladie ou améliorer la santé, mais de qui devrait-il s'agir? Cela doit-il être le ministère de la Santé? Cela peut-il être quelqu'un d'autre? Quelle devrait être la relation entre le ministère de la Santé et les autres ministères? Ces partenariats peuvent-ils prendre une forme officielle avec la conclusion d'ententes? Quel est le rôle des politiques et du Cabinet en la matière? En d'autres termes, qui devrait être le champion de telles initiatives? Quel ministère, quel organisme, quel niveau, quelles fonctions? Il se peut, au fur et à mesure que la politique en la matière progresse, qu'il faille changer de champion ou avoir un champion à plusieurs têtes.

Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel, ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard : Je vous remercie de m'avoir invitée à venir vous parler aujourd'hui. Le sénateur Keon a indiqué précédemment que nous avons disposé de peu de

for this, and indeed that is correct. I will veer slightly from the notes that I shared with you earlier, not a great deal, but somewhat, if that is acceptable.

It is an honour to be here today to speak to you about population health in our province of Prince Edward Island. In particular, in preparing for this presentation, I was asked by the committee staff to focus comments on health reforms in relation to population health.

I will conclude my comments by highlighting three areas around population health that I believe require national attention. I do not believe that population health is strictly a provincial matter. I believe there are many initiatives that can and should be undertaken by Canada as a country.

Before I begin, I should like to qualify my comments. My comments today reflect my personal experience and observations gained over the span of my career in health care in various provinces and jurisdictions in different capacities and under various organizational structures that I will tell you about.

I am not advocating for any magic bullet or perfect health reform solution to population health. I do not think there is one. Rather, it seems to me that, over the past 15 years in P.E.I., a body of knowledge has developed and various approaches have been tried with lessons learned.

With this in mind, I will relate my experience and observations rather than directly represent any particular policy direction or position of the Government of Prince Edward Island.

Early on in my nursing career, in the mid- to late-1980s, I had the opportunity and privilege to work at outpost nursing stations in small communities in the Northwest Territories for a number of years. In many instances, I was the only nurse and the only health care provider in those communities.

Coming from rural P.E.I., I was nothing short of shocked at the social and health conditions that I met in these communities. There I gained firsthand experience with the stark and harsh realities of health status gradients and also with some of the levers available to lessen health disparities and improve population health.

After working in Southern Alberta as the CEO of a large health unit, I had the opportunity to move back home to P.E.I. in 1995. Since then, I have worked in various roles in our health system, primarily in the areas of home care, health promotion and public health. I was appointed to my current position in September of this year.

temps pour nous préparer, et c'est exact. Je vais m'éloigner légèrement des notes que je vous ai remises plus tôt, pas beaucoup, mais dans une certaine mesure, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Je suis très honoré de vous entretenir aujourd'hui de la santé de la population dans notre province de l'Île-du-Prince-Édouard. Lorsque je préparais cet exposé, le personnel attaché à ce comité a souhaité que je m'attarde aux réformes en matière de santé en relation avec la santé de la population.

Je terminerai mes commentaires en soulignant trois aspects de la santé de la population qui m'apparaissent nécessiter qu'on y prête attention au niveau national. Je ne crois pas que cette question soit strictement une question provinciale. Il me semble qu'il y a de nombreuses initiatives qui peuvent et doivent être prises par le Canada, comme pays.

Avant de commencer, j'aimerais préciser ce qui suit. Les commentaires que je formule aujourd'hui tiennent compte de mon expérience personnelle et des observations que j'ai pu faire tout au long de ma carrière en soins de la santé dans diverses provinces et administrations, à divers postes et dans diverses structures organisationnelles dont je vais vous parler.

Je ne défends aucune solution magique ni réforme parfaite de la santé pour résoudre les problèmes posés par la santé de la population. Je ne crois pas qu'il y en ait. Il me semble plutôt que, au cours des 15 dernières années, on a accumulé à l'Île-du-Prince-Édouard tout un ensemble de connaissances, qu'on a tenté de mettre en œuvre plusieurs approches et qu'on en a tiré diverses leçons.

C'est en ayant cela à l'esprit que je vais vous parler de mon expérience et de mes observations plutôt que de défendre directement une orientation et une position précises en matière de politique du gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard.

Au tout début de ma carrière d'infirmière, pendant la seconde moitié des années 1980, j'ai eu l'occasion et le privilège de travailler dans des postes de soins infirmiers éloignés, dans de petites collectivités des Territoires du Nord-Ouest, pendant quelques années. Il est arrivé fréquemment que je sois la seule infirmière et le seul prestataire de soins de santé dans ces collectivités.

Originaire des régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard, je n'ai pu qu'être choqué par les conditions sociales et sanitaires que j'ai vues dans ces collectivités. J'y ai acquis une expérience de première main avec les dures réalités des divers niveaux d'état de santé et avec certains leviers disponibles pour atténuer les disparités en matière de santé et améliorer la santé de la population.

Après avoir été directrice générale d'un important service de santé dans le sud de l'Alberta, j'ai eu l'occasion de revenir chez moi, à l'Île-du-Prince-Édouard, en 1995. Depuis lors, j'ai assumé diverses fonctions dans notre système de santé, essentiellement dans le domaine des soins à domicile, de la promotion de la santé et de la santé publique. J'ai été nommé au poste que j'occupe actuellement en septembre de cette année.

Prince Edward Island has had extensive experience with health care restructuring and reform. Our health and social services system has undergone four major changes in the last 15 years. They occurred in 1993-94, again in 1996-97, in 2002 and most recently in 2005. Each change was intended to achieve specific objectives and to improve the services provided to islanders and the overall health of the population.

My colleague, Patsy Beattie-Huggan, addressed the health system restructuring that occurred in 1993-94. I was not working in the province at that time, so I will focus my reflections on last three organizational changes that took place.

In 1996-97, following a change in government, the Health and Community Services Agency, that was alluded to earlier, was amalgamated with Health and Social Services. While the role of the department at that time evolved somewhat, the regional structure remained and, at that time, we had five regional health authorities in the province.

Under this structure, the department was responsible for setting policy direction and for providing advice and assistance to the five boards. Each regional authority had a board with an executive team responsible for delivering a full range of health and social services in their catchment area. The CEO of the region was appointed by the minister but also responsible to his or her respective board.

Under the regionalized structure, a number of gains were made. There certainly were improvements in the integration of health and social services at a community level. The boards provided an effective means for public input into health system planning, policy-making and resource allocation.

Coordination among various sectors, such as education, improved at the local, regional and provincial levels under this structure. Theoretically, the health authorities were well positioned to reallocate resources to support communities-based programs and to address the determinants of health and improve the overall health of the population.

However, the actual experience was quite different. In fact, some would say that the opposite occurred. As was alluded to by my colleagues, during this time, the care system, especially acute care, was experiencing significant financial pressures. These pressures created a drain on other sectors of the health and social services system because there is only so much money to go around.

For example, savings that might have been achieved in the area of financial assistance were not automatically reinvested back into that program or into another social policy area and often were

L'Île-du-Prince-Édouard a accumulé par le passé une vaste expérience en réorganisations et en réformes des soins de santé. Notre système de services sociaux et de santé a connu quatre mutations importantes au cours des 15 dernières années. La première est survenue en 1993-1994, suivie d'une autre en 1996-1997, et d'une autre encore en 2002, et enfin de la plus récente remonte à 2005. Chacune visait à atteindre des objectifs précis et à améliorer les services fournis aux îliens et la santé d'ensemble de la population.

Ma collègue, Patsy Beattie-Huggan, a traité de la réorganisation du système de santé survenue en 1993-1994. Je ne travaillais pas dans la province à cette époque, et je vais donc faire porter mes réflexions sur les trois derniers changements organisationnels qui ont eu lieu.

En 1996-1997, à la suite d'un changement de gouvernement, la Health and Community Services Agency, à laquelle j'ai fait allusion précédemment, a été fusionnée avec Health and Social Services. Si le rôle du ministère a passablement évolué à cette époque, la structure régionale est restée la même et nous avions alors cinq régions régionales de santé dans la province.

Dans le cadre de cette structure, il incombait au ministère de fixer les orientations de politique et de donner des conseils et de l'aide aux cinq régions régionales. Chacune avait son propre conseil d'administration avec une équipe de dirigeants responsables de la mise en œuvre de toute une gamme de services sociaux et de santé dans la région qu'ils desservaient. Le premier dirigeant de la région était nommé par le ministre, mais rendait également des comptes à son conseil d'administration.

Cette structure régionalisée a permis d'obtenir un certain nombre de gains. Il y a manifestement eu des améliorations dans l'intégration des services sociaux et de santé au niveau communautaire. Les conseils d'administration constituent un moyen efficace pour permettre au public de contribuer à la planification, à l'élaboration des politiques et à la répartition des ressources dans le système de santé.

La coordination entre les divers secteurs, comme l'éducation, s'est améliorée aux niveaux local, régional et provincial avec cette structure. En théorie, les autorités sanitaires étaient bien positionnées pour réaffecter les ressources afin de venir en aide aux programmes de type communautaire, pour s'attaquer aux déterminants de la santé et pour améliorer la santé globale de la population.

Toutefois, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes. En réalité, on pourrait même dire que c'est l'inverse qui s'est produit. À cette époque, comme mes collègues y ont fait allusion, le système des soins de santé, et en particulier de soins impératifs, était soumis à des pressions financières importantes. Celles-ci ont drainé les ressources des autres secteurs du système de services sociaux et de santé parce que c'est tout ce que permettait la masse monétaire disponible.

C'est ainsi que les économies qu'il était éventuellement possible de réaliser dans le domaine de l'aide financière n'étaient pas automatiquement réinvesties dans le programme ou dans un autre

applied to the bottom line to offset expenditures in the overall budget of the health region.

There were also a number of administrative and coordinating challenges associated with the regional structure. For example, it was extremely difficult to clarify roles and responsibilities of the department vis-à-vis the regions. For a small province, our system was very bureaucratic and decision-making processes were cumbersome. Of these challenges, public accountability for service quality and authority for decision making in relation to allocation and reallocation of resources were the most pressing.

On paper, the boards were responsible and accountable for the quality of services within their area and had the authority to make resource allocation decisions. In reality, and in the public mind, the minister was ultimately accountable for service delivery. On P.E.I., this level of accountability is very personal. Islanders like to have ready access to politicians, including the minister responsible for health and social services. In practice, this meant that boards were not accountable for budget deficits and, conversely, if the boards had a surplus, they were not able to retain that to reinvest back into their programs.

In addition to local efforts associated with regional authorities, there was a number of fruitful system-level initiatives. I will speak briefly about one success story, the Healthy Living Strategy. In 2003, the province launched this strategy. It focuses on common risk factors that contribute to chronic disease — namely, tobacco use, diet and physical activity.

The strategy featured a truly collaborative approach involving various levels of government, a wide variety of government departments including Health and Social Services, Education, Communities, Cultural Affairs and Labour, as well as justice. It also involves a number of community-based organizations and actual municipalities within our province.

This strategy provides a mechanism to facilitate a multi-pronged and multi-partner approach to reduce risk factors for chronic disease in our province. To illustrate how a multi-pronged approach worked, I will discuss briefly the tobacco reduction component of the strategy.

The approach to tobacco reduction included broad-based public education, social marketing efforts, smoking cessation support programs, legislation focused on creating smoke-free places, blocking tobacco sales to minors, as well as very strong point of sale display bans for tobacco and restrictions on where tobacco can be sold.

Efforts were coordinated under the Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance. Similar to the overall strategy, the Tobacco Reduction Alliance took a partnership approach that included government, regional health authorities and

domaine de politique sociale et qu'elles étaient souvent versées simplement dans le budget général de la santé pour couvrir l'ensemble des dépenses de santé de la région.

On a également constaté un certain nombre de défis administratifs et de coordination liés à la structure régionale. C'est ainsi qu'il était très difficile de préciser les rôles et les responsabilités du ministère vis-à-vis des régions. Pour une petite province, notre système était très bureaucratique et le processus de prise de décisions très lourd. Parmi ces défis, ceux qui sont apparus comme les plus pressants étaient la responsabilité publique envers la qualité du service et le pouvoir de prendre des décisions pour affecter et réaffecter les ressources.

Sur papier, les régies étaient responsables de la qualité des services au sein de leur région et avaient le pouvoir de prendre les décisions de répartition des ressources. En réalité, et dans l'esprit du public, le dernier responsable de la prestation des services restait le ministre. Sur l'Île-du-Prince-Édouard, ce niveau de responsabilité est très personnel. Les îliens aiment avoir facilement accès aux politiciens, y compris au ministre responsable des services sociaux et de santé. Dans la pratique, cela signifie que les régies n'étaient pas responsables des déficits budgétaires et, à l'effet inverse si le conseil disposait d'un surplus, elles ne pouvaient le conserver pour le réinvestir dans ces programmes.

Outre les efforts aux niveaux locaux relevant des autorités régionales, il y a eu un certain nombre d'initiatives heureuses au niveau du système. Je vais parler brièvement d'un cas de réussite, la Healthy Living Strategy. En 2003, la province a lancé cette stratégie. Elle mettait l'accent sur les facteurs communs de risque qui contribuent aux maladies chroniques, soit précisément le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique.

La stratégie retenait une approche réelle de collaboration impliquant divers paliers de gouvernement, toute une gamme de ministères du gouvernement, dont ceux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, des Affaires culturelles et communautaires et du Travail, sans oublier celui de la Justice. Elle impliquait également un certain nombre d'organismes communautaires et de municipalités de notre province.

Cette stratégie a donné un mécanisme pour faciliter une approche concertée et impliquant de multiples partenaires pour réduire les facteurs de risque des maladies chroniques dans notre province. Pour illustrer le fonctionnement de l'approche concertée, je vais vous parler brièvement de l'élément de réduction du tabagisme de cette stratégie.

L'approche retenue pour la réduction du tabagisme faisait appel à de vastes efforts d'éducation publique et de marketing social, des programmes d'aide pour cesser de fumer, une législation mettant l'accent sur l'interdiction de fumer dans certains endroits, l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, ainsi qu'un affichage très frappant des interdictions et des restrictions de vente de tabac aux points de vente.

Ces efforts ont été coordonnés dans le cadre de la Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance. Comme pour la stratégie globale, la Tobacco Reduction Alliance a adopté une approche de partenariat regroupant le gouvernement, les régies

communities. These results speak for themselves. On P.E.I., smoking rates have declined from 26 per cent in 2000 to 20 per cent in 2005. Even more impressive, the rates of teen smoking have declined from 17 per cent in 2004 to 13 per cent in 2005.

Certainly, provinces will be challenged to make further reductions in the area of tobacco. I understand the Federal Tobacco Control Strategy is aiming to reduce smoking prevalence in Canada to 10 per cent.

Still along the lines of tobacco, I think it is very important to note as well that within our province there has been a change in the culture. There is certainly less public acceptance of tobacco use, especially in places, both public and private, where Prince Edward Islanders may be affected negatively by second-hand smoke.

In 2002, our health and social services system underwent another restructuring. Under this structure, the two provincial hospitals and some specialty services were amalgamated under the provincial health services authority. The two health regions in eastern P.E.I. were amalgamated into the Kings Health Region. As well, minor structural changes were made to the Department of Health and Social Services. These changes were intended to focus planning for the delivery of acute care and related specialty services within a provincial framework in order to enhance efficiency and effectiveness, thereby allowing health regions to focus on integration of community services at a community level.

Again, there were successes and challenges associated with this structure. For instance, the two provincial acute care hospitals each held their own long-established identity, culture, norms and their own ways of doing business. However, over time, integration and coordination did occur and there were cross-facility quality teams formed.

Front-line service providers did begin to see the benefits of inter-facility integration and collaboration between these two hospitals. Regional health authorities were freed from the responsibility of managing provincial acute care and specialized service and were able to place more of their time and effort on integrating community services, moving forward on implementing family health centres as an important aspect of primary health and emphasizing overall wellness and population health.

While a number of benefits was associated with this structure, there remained the problem of bureaucracy. We continue to have essentially five regional health authorities and a department. Role clarity continued to be a challenge; as well, we were challenged by the issue of financial pressure and cost containment.

In 2005, the most recent major restructuring at the health and social services system was announced. This restructuring resulted in central administration of all health and social services. The four regions and the governing authority for the two hospitals, the provincial health services authority, were collapsed, and the

régionales de la santé et les collectivités. Les résultats parlent d'eux-mêmes. Sur l'Île-du-Prince-Édouard, le nombre de personnes fumant a diminué de 26 p. 100 en 2000 à 20 p. 100 en 2005. Encore plus impressionnant, le pourcentage de jeunes fumant a diminué de 17 p. 100 en 2004 à 13 p. 100 en 2005.

Il est bien évident que les provinces seront poussées à obtenir des réductions additionnelles dans le domaine du tabagisme. Je crois savoir que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme vise à réduire la prévalence de ce fléau de 10 p. 100 au Canada.

Toujours au sujet du tabagisme, il me paraît important de rappeler qu'il y a eu, dans notre province, un changement de culture. Il est manifeste que la consommation de tabac est moins bien tolérée, à la fois dans la sphère publique et dans la sphère privée alors que les habitants de l'Île peuvent avoir à souffrir de la fumée secondaire.

En 2002, notre système de services sociaux et de santé a connu une autre réorganisation. Celle-ci s'est traduite par la fusion des deux hôpitaux de la province et de certains services spécialisés qui ont dès lors relevé des services de santé de la province. Les deux régions sanitaires de l'Est de la province ont été amalgamées pour constituer la Kings Health Region. Des modifications structurelles mineures ont également été apportées au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces modifications visaient à centrer la planification sur la prestation des soins impératifs et des services spécialisés connexes dans un cadre fédéral afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacités, permettant ainsi aux régions sanitaires de mettre l'accent sur l'intégration des services communautaires au niveau de la collectivité.

Dans ce domaine aussi, on a observé des réussites et des difficultés. C'est ainsi que les deux hôpitaux provinciaux assurant des soins impératifs s'étaient dotés depuis longtemps de leur propre identité, de leur culture, de leurs normes et de leurs façons de travailler. Toutefois, avec le temps, on a constaté une intégration et une coordination et des équipes de qualité des deux établissements ont été mises sur pied.

Les prestataires de services de première ligne ont commencé à réaliser les avantages de l'intégration et de la collaboration entre ces deux hôpitaux. Les autorités sanitaires régionales ont été libérées de la responsabilité de la gestion des soins impératifs et des services spécialisés de la province et ont pu consacrer plus de temps et d'efforts à l'intégration des services communautaires, allant de l'avant dans la mise sur pied de centres de santé de la famille qui constituent un volet important de la santé primaire et qui favorisent le bien-être général et la santé de la population.

Si cette organisation présentait un certain nombre d'avantages, les problèmes liés à la bureaucratie n'étaient pas résolus pour autant. Nous continuons à avoir pour l'essentiel cinq régies régionales et un ministère. La définition du rôle de chacun continue à poser problème, et nous sommes toujours confrontés aux pressions financières et aux contraintes de coûts.

En 2005, la réorganisation importante la plus récente du système de santé et des services sociaux a été annoncée. Celle-ci s'est traduite par la mise en place d'une administration centrale de tous les services sociaux et de santé. Les quatre régions et l'administration régissant les deux hôpitaux et l'organisme

Department of Health and Social Services was separated into a Department of Health and a Department of Social Services and Seniors. The role of the department changed fairly drastically to include direct responsibility for service delivery.

While the regional health authorities were eliminated, community-based boards were established for each of our five community hospitals, in accordance with legislation entitled the Community Hospitals Authorities Act. These changes were intended to improve efficiency and reduce duplication and public expenditures, while having minimal impact on front-line service delivery for islanders. During this process, approximately 140 administrative management positions were eliminated from our system, resulting in savings of approximately \$9 million.

While it is very early days in our new structure — and I do need to stress that we are only two years into this structure — I would like to make a few observations. The structure certainly has streamlined decision making and has clarified that accountability for the quality of health services does rest with the Minister of Health. Our system is very lean in terms of management and administration in all areas, especially in some of our corporate service areas.

The current structure has limited opportunities to link with communities, and programs and service integration continues to be a challenge. There is a need to establish and improve mechanisms that support linkages between the systems in the communities — and this need has been identified.

From a social services perspective, each structure has had challenges and successes as well. The regional structure created and supported opportunities for enhanced integration and collaboration. However, this was to some degree offset by the urgency and resource intensity demands of acute care. Under the new structure, the social service system is a separate entity and can focus on social programs and social policy.

Another issue is the fact that emphasis on population health strategies, such as those focused on children, youth or seniors, cannot be framed solely within departmental scopes of responsibility. As a result, mechanisms are being established to enhance intersectoral collaboration. For example, in our province we have a deputy minister level committee that focuses solely on the area of social policy. We are in the process of developing a youth addiction strategy that is intersectoral in its planning.

Although we have had various types of structures in place in the province to govern and manage our health system, I think that most people who work in our system would suggest that there is no perfect structure. In fact, the most important ingredient for

provincial responsible des services de santé ont été fusionnés et le ministère de la Santé et des Services sociaux a été scindé en deux avec la création d'un ministère de la Santé et d'un ministère des Services sociaux et des Personnes âgées. Le rôle du ministère a changé de façon importante pour englober la responsabilité directe de la prestation de services.

Alors que régies régionales de la santé ont été éliminées, des conseils de type communautaire ont été mis sur pied pour chacun de nos quatre hôpitaux communautaires, conformément à la Community Hospitals Authorities Act. Il s'agissait d'améliorer l'efficacité et de réduire les doublons et les dépenses publiques, tout en ayant des répercussions minimales sur la prestation de services de première ligne pour les îliens. Pendant ce processus, environ 140 postes de gestion administrative ont été éliminés de notre système, se traduisant par des économies de près de neuf millions de dollars.

Alors que cette nouvelle structure n'est en place que depuis fort peu de temps, puisqu'il faut rappeler que cela ne fait que deux ans, j'aimerais faire quelques observations. Elle a manifestement permis de simplifier la prise de décisions et de préciser que c'est le ministère de la Santé qui assume la responsabilité de la qualité des soins. Notre système fait une utilisation très parcimonieuse des fonctions de gestion et d'administration dans tous les secteurs, et en particulier dans certains de nos services ministériels.

La structure actuelle ne permet que peu de liens avec les collectivités et l'intégration des programmes et des services continue à être difficile. Il faut améliorer les mécanismes et en mettre en place de nouveaux pour faciliter les liens entre les systèmes dans les collectivités, et c'est là un besoin que nous avons répertorié.

Du point de vue des services sociaux, chacune des structures connaît ses propres difficultés et ses propres réussites. La structure régionale a fait apparaître et faciliter les possibilités d'une plus grande intégration et d'une meilleure collaboration. Toutefois, celles-ci ont été compensées dans une certaine mesure par l'urgence de la demande de soins impératifs et par l'intensité des ressources qu'elle nécessitait. Avec la nouvelle structure, le système des services sociaux est une entité distincte et peut se consacrer aux programmes sociaux et à la politique sociale.

Un autre problème est que l'accent mis sur les stratégies de santé de la population, comme celles visant particulièrement les enfants, les jeunes ou les personnes âgées, ne peut pas s'appliquer uniquement dans le cadre des responsabilités du ministère. C'est pourquoi des mécanismes sont mis en place pour améliorer la collaboration intersectorielle. C'est ainsi que, dans notre province, nous avons un comité au niveau des sous-ministres qui se consacre exclusivement à la politique sociale. Nous mettons également sur pied une stratégie de lutte contre la toxicomanie chez les jeunes dont la planification est intersectorielle.

Même si, dans notre province, nous avons eu divers types de structures pour administrer et gérer notre système de santé, je suis d'avis que la plupart de gens qui travaillent dans ce système reconnaîtraient qu'il n'y a pas de structure parfaite. En réalité, le

success appears to be good relationships among people and a willingness to work together across organizational and sector boundaries for the right reasons and to achieve the right results.

The ongoing search for the right structure has been costly. Repeated health system restructuring in our province has created some lack of consistency. It has affected staff, as we have heard earlier. It has impeded progress in some areas and we have lost some corporate memory and knowledge.

As a result of the ongoing changes in our system and the tendency to focus attention on the provision of acute care services and the recruitment and retention of health care professionals, it has been difficult for us to create a foundation for population health interventions and health promotion strategies. In the area of health promotion, we have tended to take a universal approach as opposed to a targeted approach to programs.

In terms of health status in P.E.I., we are doing really well in some areas and not so well in others. For example, life expectancy continues to rise. Low birth weights are well below the Canadian average in our province and we have had huge success in the area of smoking rates. However, obesity, use of alcohol and physical activity rates are above the Canadian average and are continuing to rise. As well, principal chronic conditions are above the Canadian average. As well, 25 per cent of our population have less than high school education; and average income in P.E.I. is lower than the Canadian average.

However, the good news there is that we have much more equitable income distribution than in some other provinces, and we have a very high level of social cohesion.

I would like to make some comments about areas where I believe we need national leadership in the area of population health. All of my suggestions focus on strategies aimed at children.

First, the area of childhood poverty requires a national solution. Recent Statistics Canada data indicate that approximately 800,000, or almost 12 per cent of Canadian children, live in poverty. I would encourage this committee to examine the success we have had in Canada in reducing poverty among seniors, and explore if any of the same strategies can be applied to alleviate poverty among Canadian children. It is known that adequate family income for children, especially in the early years, is a contributing factor to positive outcomes.

Second, a truly national early childhood education and care program would pay big dividends in the area of population health. Experts agree that there are three characteristics of quality

déterminant le plus important de la réussite semble être de bonnes relations entre les gens et leur volonté de collaborer au-delà des limites organisationnelles et sectorielles, en étant motivés par les bonnes raisons, pour atteindre les résultats visés.

La recherche permanente de la structure qui convient a été coûteuse. Les réorganisations à répétition du système de santé dans notre province ont abouti à un certain manque de cohérence. Cela a eu des effets sur le personnel, comme on nous l'a dit précédemment. Cela a nui aux progrès dans certains domaines et nous avons perdu une partie de la mémoire et des connaissances de l'organisation.

Du fait des changements permanents dans notre système et de la tendance à accorder la priorité à la prestation des soins impératifs, au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé, il s'est avéré difficile de jeter les bases des interventions en santé de la population et des stratégies de promotion de la santé. Dans le domaine de la promotion de la santé, nous avons eu tendance à adopter, pour nos programmes, une approche universelle par opposition à une approche ciblée.

Quant à la situation de la santé à Île-du-Prince-Édouard, nous obtenons de très bons résultats dans certains domaines et de moins bons dans d'autres. C'est ainsi que l'espérance de vie continue à augmenter. Le nombre de bébés de poids insuffisant à la naissance est bien inférieur à la moyenne canadienne dans notre province et nous avons obtenu des succès très importants dans la lutte contre le tabagisme. Toutefois, les taux d'obésité et de consommation d'alcool continuent à augmenter et le niveau d'activité physique est insuffisant. De la même façon, l'occurrence des principaux états chroniques est bien supérieure à la moyenne canadienne. Il faut ajouter à cela que 25 p. 100 de notre population n'a pas terminé ses études secondaires et que le revenu moyen à l'Île-du-Prince-Édouard est inférieur à la moyenne canadienne.

Toutefois, le bon côté des choses est que nous avons une répartition des revenus plus équitable que dans certaines autres provinces et que nous avons un niveau élevé de cohésion sociale.

J'aimerais maintenant faire quelques commentaires sur des domaines dans lesquels, à mon avis, nous avons besoin d'un leadership national en santé de la population. La totalité de mes suggestions vise les stratégies destinées aux enfants.

Tout d'abord, la pauvreté infantile nécessite la recherche d'une solution au niveau national. Les données récentes de Statistique Canada révèlent qu'environ 800 000 enfants, soit près de 12 p. 100 des enfants canadiens vivent dans la pauvreté. J'invite les membres de ce comité à se pencher sur la réussite que nous avons obtenue au Canada pour réduire la pauvreté chez les personnes âgées, et à examiner si certaines des stratégies qui ont réussi dans ce domaine pourraient servir à atténuer la pauvreté chez les enfants canadiens. On sait fort bien qu'un revenu familial suffisant contribue chez les enfants, en particulier au cours de leurs premières années, à leur permettre d'obtenir de bons résultats par la suite.

En second lieu, un programme de portée vraiment nationale d'éducation et de soins de la petite enfance aurait des retombées importantes dans le domaine de la santé de la population. Les

child care: low child-to-adult ratios, highly educated staff with specialized training, and age-appropriate equipment and facilities. It follows that children from low-income households benefit the most from quality child care. Currently, each province and territory has its own approach to early childhood education, and the approach varies considerably from province to province.

Finally, I would encourage the committee to consider making observations on strategies that are known to reduce childhood obesity, such as increasing breast feeding, regular physical activity in schools and comprehensive school health programs.

Thank you for allowing me this opportunity and I will be pleased to answer any questions.

The Chair: I want to turn to Senator Calbeck to have the first go, but the tradition is that the chairman asks the first question, so I will ask one that all three of you can answer, if you wish.

Have you seen any evidence of reduction in the health inequity since 1993 on the island? You must have rich and poor on that little island; you must have unhealthy and healthy. Are you able to put your finger on any evidence of reduction of health inequities?

Ms. Hennebery: We know that there are areas in which health status is improving generally. We know that in other areas the indicators are going the wrong way.

We do not have a lot of data in Prince Edward Island that segregates our population, for example, by income level. We rely heavily on Statistics Canada. They are, in my opinion, a wonderful asset to this country. StatsCan has wonderful data-collection mechanisms and high credibility with the Canadian public. In part because of our small size, we have not historically examined health data by various determinants, whether that is education, income or social status.

The Chair: In addition to Statistics Canada, are you using CIHI at this point in time?

Ms. Hennebery: Yes, absolutely. Much of the information that is provided to us by CIHI is based on information that is given to them. They do not do a lot of population level surveys. For the most part, that is the purview of Statistics Canada. I would be remiss if I did not suggest that we rely heavily on CIHI, another wonderful asset.

The Chair: It is refreshing to hear about some of your accomplishments at the community level. At the community level, have you been able to provide any connectivity between the health resources and the other major determinants of health? The health care system is one — and we can say there are 12 or 15. Let us say

spécialistes conviennent que la qualité des soins accordés aux enfants est fonction de trois caractéristiques : un faible ratio enfants-adulte, un personnel hautement scolarisé ayant suivi une formation spéciale et des équipements et des installations adaptés à l'âge des enfants. Il en découle que les enfants des ménages à faibles revenus sont ceux qui profitent le plus de soins de qualité aux enfants. Actuellement, chaque province et chaque territoire a sa propre approche à l'éducation de la petite enfance, et ces approches varient énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Enfin, j'aimerais inciter le comité à envisager de formuler des observations sur les stratégies qui sont réputées pour réduire l'obésité chez les enfants, comme l'augmentation de l'allaitement maternel, l'activité physique régulière dans les écoles et des programmes complets de santé scolaire.

Je vous remercie de m'avoir fourni cette occasion et je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président : J'aimerais donner la parole en premier au sénateur Calbeck, mais la tradition veut que le président pose la première question, et je vais donc vous en poser une à laquelle vous pourrez tous trois répondre, si vous le désirez.

Avez-vous observé, depuis 1993, une réduction des iniquités dans le domaine de la santé sur l'Île. Il y a certainement des personnes riches et des personnes pauvres sur l'Île, ainsi que des personnes en bonne santé et en moins bonne santé. Pouvez-vous pointer du doigt des preuves de la réduction des iniquités en matière de santé.

Mme Hennebery : Nous savons qu'il y a des domaines dans lesquels l'état de la santé s'améliore, de façon générale. Nous savons également que dans d'autres, c'est l'inverse.

Nous n'avons pas beaucoup de données à Île-du-Prince-Édouard qui fassent la distinction entre des catégories de population, par exemple par niveaux de revenu. Nous dépendons beaucoup pour cela de Statistique Canada. Cet organisme constitue, à mon avis, un atout précieux pour ce pays. Ils ont d'excellents mécanismes de collecte de données et une grande crédibilité auprès du public canadien. En partie à cause de notre petite taille, nous n'avons pas analysé par le passé les données sur la santé en fonction de divers déterminants, comme l'éducation, les revenus ou la situation sociale.

Le président : Outre Statistique Canada, vous servez-vous actuellement des données de l'ICIS?

Mme Hennebery : Oui, tout à fait. Une bonne partie des renseignements qui nous sont fournis par l'ICIS proviennent de données qui leur sont transmises. Ils ne procèdent pas eux-mêmes à beaucoup de sondages sur la population. Pour l'essentiel, c'est le domaine réservé de Statistique Canada. J'aurais tort si je ne précisais pas que nous dépendons fortement de l'ICIS, un autre atout précieux.

Le président : Il est rafraîchissant d'entendre parler de certaines de vos réalisations au niveau communautaire. À ce niveau, êtes-vous parvenus à assurer des liens entre les ressources en santé et les autres déterminants importants de la santé? Le système de soins de la santé est un système, alors que nous pouvons dire,

there are 12 major ones. Have you been able to provide any connectivity between the health system and the other determinants at the community level?

Ms. Beattie-Huggan: Some particular projects have done that, and have some mapping techniques. Understanding the Early Years, UEY, is one of them; they looked at children. In terms of inequities in health in relationship to income and health status, UEY found that our sense of social cohesion on the island overrode what might have in other cases been thought of as poverty. People whose incomes were lower were still healthier because of social cohesion. That came out of that project. They have been able to link some of the determinants when they were looking at children in relation to that.

There are initiatives in Atlantic Canada looking at creating what they call community accounts. Newfoundland has it, and Nova Scotia is in the process of developing them and will invest more energy into it. It is something that seems to be extremely valuable in going right down to the very community level and looking at the determinants.

One of the problems we have in Atlantic Canada is that national research often does not give us what we need at the local level because the sample sizes are too small. We get these generalized pictures. My husband, who works in physical education, gets irate because it says our physical activity levels are lower than the rest of the country; however, local research tells us that they are not necessarily lower. It shows up that way because of where we fit on a national survey. We have to look at it in a more particular way.

The profile that I distributed related to Atlantic Canada. The group out of Newfoundland is working to create a set of Atlantic Canada accounts. They have them set up. They just need the resources to get the data in there. Where the provinces make that decision or have more resources, it is happening. The National Crime Prevention Centre was providing some resources to gather data on youth crime, for the youth who are staying in Atlantic Canada. In P.E.I., and this is why we are into some of the problems with youth, our educated youth are leaving because the jobs are not there to keep them. Many of the youth who are staying are disfranchised. They may not have the trades to go west to Alberta. The jobs just are not there to hold them. We are seeing some rise in small crime because of that, especially related to prescription drug use, in all the Atlantic Canadian provinces.

Our colleague in Newfoundland at Memorial University keeps raising the flag, that we have to start looking at the community and getting that information. We have to understand the shifting

j'imagine, qu'il y en a 12 ou 15. Disons qu'il y en a 12 qui sont importants. Êtes-vous parvenus à instaurer des liens entre le système de santé et les autres déterminants au niveau de la collectivité?

Mme Beattie-Huggan : Certains projets y sont parvenus en utilisant des techniques de cartographie. À ce qu'on me dit, le Early Years, UEY, est l'un d'eux. Ce projet se penche sur les enfants. En ce qui concerne les iniquités dans le domaine de la santé en regard de la situation des revenus et de la santé, l'UEY a constaté que notre sentiment de cohésion sociale sur l'Île l'a emporté sur ce qui pourrait avoir, dans d'autres cas, été perçu comme de la pauvreté. Les gens aux revenus inférieurs étaient encore en meilleure santé à cause de la cohésion sociale. Cela découle de ce projet. Ils ont pu instaurer des liens entre certains déterminants quand ils ont étudié la situation des enfants en regard à ces questions.

Au Canada atlantique, des initiatives s'efforcent de créer ce qu'elles appellent des comptes communautaires. C'est ce qu'a fait Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse est en train de le faire et y consacrer davantage d'efforts. Cela semble être un outil très précieux pour aller précisément au niveau communautaire et examiner les déterminants.

L'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés, au Canada atlantique, est que les recherches de portée nationale ne nous fournissent pas souvent les éléments dont nous avons besoin au niveau local parce que la taille des échantillons y est trop petite. Nous obtenons des descriptions générales. Mon mari, qui s'occupe d'éducation physique, est fâché parce que ce type de résultat dit que nos niveaux d'activité physique sont inférieurs à ceux du reste du pays. Toutefois, les recherches faites au niveau local nous disent que ce n'est pas nécessairement le cas. Cela tient à notre place à l'échelle nationale. Nous devons étudier ces questions d'un point de vue plus précis.

Le profil que je vous ai remis porte sur le Canada atlantique. Le groupe de Terre-Neuve travaille à élaborer un ensemble de comptes pour le Canada atlantique. Ils les ont préparés. Ils ont maintenant simplement besoin des ressources pour les alimenter en données. Là où les provinces décident d'aller dans ce sens et disposent de plus de ressources, cela se fait. Le Centre national de prévention du crime fournissait certaines ressources pour collecter des données sur la criminalité des jeunes, des jeunes vivant dans le Canada atlantique. À l'Île-du-Prince-Édouard, et c'est pourquoi nous avons certains problèmes avec les jeunes, nos jeunes scolarisés quittent la province parce que nous n'avons pas d'emplois pour les garder sur place. Nombre des jeunes qui restent n'ont pas cette possibilité. Il se peut aussi qu'ils n'aient pas les compétences pour aller se chercher du travail dans l'Ouest, en Alberta, mais surtout il n'y a pas d'emplois de disponibles chez nous pour les garder. Nous observons une hausse des délits mineurs à cause de cela, et en particulier du fait de la consommation de médicaments d'ordonnance, dans toutes les provinces du Canada atlantique.

Nos collègues de l'Université Memorial à Terre-Neuve répètent que nous devons commencer à nous pencher sur la collectivité et faire ce qu'il faut pour obtenir l'information à ce niveau. Nous

demographic and what is happening in Atlantic Canada. For me, it is a matter of awareness more than anything else. There is a link with safety, where mapping is done. In looking at high levels of chronic illness, you will find that poverty is high, levels of injury are high and levels of crime are high. We cannot just talk about health in terms of illness. We have to look at health as being broader than that and all the determinants. We have a lot of work to do on P.E.I. because we are the smallest of the Atlantic provinces, and having the resources to create those accounts will take some investment.

Mr. Eyles: I would add something that is not a P.E.I. answer, unfortunately. There have been attempts to link the social determinants. We have tried to do that amongst different communities, within Hamilton, for example — which, I know, is not the topic before this panel today. However, it does depend on data availability. It also depends on the health outcome you are interested in. This gets back to my earlier point about how to specify the objectives carefully. When we get a measure of emotional distress, we get different social determinants being important. When you get a measure of the absence or presence of chronic condition, you get different determinants being important, as you would expect.

Senator Callbeck: This has been an interesting panel. We have learned a great deal about health reform on Prince Edward Island. We have had some successes and challenges.

My first question is about the federal government's role in population health — or, as the doctor said, illness reduction might be a more understandable term. What we have now is a patchwork of programs across Canada. Every province is out there doing its own thing. Population health, as you say, is really not that well understood. Health, to many people, is still doctors and hospitals. Even within the system, you have people with a great difference in thinking about the importance of population health.

It takes a long time to change attitudes and to change thinking. You mentioned the smoking campaign, which has taken 20 or 30 years. If you think back 30 years, it probably would have been unthinkable then that we would come to a time where smoking in a public place was not permitted. However, it has happened. When the federal government stepped in, the smoking campaign really took off. The campaign educated people that not only were they killing themselves, but they were affecting other people.

devons comprendre l'évolution démographique et ce qui se passe au Canada atlantique. Pour moi, c'est davantage une question de prise de conscience que de quoi que ce soit d'autre. Il y a un lien avec la sécurité, là où la cartographie est faite. En analysant les niveaux élevés de maladies chroniques, vous allez constater que la pauvreté est élevée, tout comme les taux de blessures et de criminalité. Nous ne pouvons pas nous contenter de parler de santé en termes de maladie. Nous devons envisager la santé comme quelque chose de plus large que cela et que tous les déterminants. Nous avons beaucoup de travail à faire à l'Île-du-Prince-Édouard parce que nous sommes la plus petite des provinces atlantiques et qu'il faudra faire des investissements pour disposer des ressources nécessaires pour créer ces comptes.

M. Eyles : J'aimerais ajouter un élément qui, malheureusement, n'est pas une réponse de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a eu plusieurs tentatives pour faire le lien avec les déterminants sociaux. Nous avons essayé de le faire pour diverses collectivités, à Hamilton, par exemple, ce qui n'est pas à l'ordre du jour de ce comité aujourd'hui, je le sais. Toutefois, ces efforts dépendent de la disponibilité des données. Ils dépendent également des résultats en matière de santé auxquels vous vous intéressez. Cela me ramène à ce que j'ai dit antérieurement sur la façon de définir soigneusement les objectifs. Quand vous obtenez une mesure des troubles émotifs, vous obtenez plusieurs déterminants sociaux qui sont importants. Quand vous obtenez une mesure de l'absence ou de la présence d'un état chronique, vous obtenez divers déterminants qui sont importants, comme vous pouvez vous y attendre.

Le sénateur Callbeck : C'est là une réunion fort intéressante. Nous avons appris beaucoup de choses sur la réforme de la santé à l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a eu des réussites et des problèmes.

Ma première question porte sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé de la population ou, comme l'a dit le docteur, la réduction de la maladie qui peut être un terme plus facilement compréhensible. Nous avons maintenant une mosaïque de programmes partout au Canada. Chaque province agit à sa façon. La santé de la population, comme vous le dites, n'est pas une notion vraiment bien comprise. Pour beaucoup de gens, la santé évoque encore les médecins et les hôpitaux. Même au sein du système, il y a des gens qui ont des opinions très différentes sur l'importance de la santé de la population.

Il faut beaucoup de temps pour changer les attitudes et faire évoluer la réflexion. Vous avez évoqué la campagne contre le tabagisme, qui a pris 20 ou 30 ans. Si vous remontez 30 ans en arrière, il aurait probablement été impensable d'imaginer que nous parviendrions à une situation dans laquelle il est interdit de fumer dans les lieux publics. Toutefois, cela s'est produit. Quand le gouvernement fédéral a embarqué, la campagne contre le tabagisme a vraiment décollé. Cette campagne a appris non seulement aux gens qu'ils se tuaient à petit feu, mais aussi qu'ils nuisaient à d'autres personnes.

Ms. Hennebery, you mentioned the campaign on Prince Edward Island. I congratulate you for the results you have obtained. I think if the federal government had not been involved, we would not be seeing the results we see now in relation to non-smoking efforts.

I believe the federal government has a big role to play in population health. I think it is very difficult for each province to go out on its own. The provinces need leadership and assistance from the federal government.

Ms. Hennebery, you suggested in your brief that there needs to be national leadership in some areas of population health. Are these suggestions for priorities, or do you believe there should be an overall population health strategy by the federal government? You can start it off, and then we can hear comments from the others.

Ms. Hennebery: I support your comments with respect to tobacco. There was federal leadership in that area. I can certainly speak for our province. We benefitted from that leadership. Our tobacco-reduction strategy was modelled on the National Tobacco Strategy.

There is more that can be done at a national level. I identified areas that I personally feel should be addressed — for example, the area of childhood poverty. We have had tremendous success in reducing poverty among seniors. We have not had that success in reducing poverty among children. We have a model that can be followed in this country to improve the health of Canadian children and their families.

I expect that if we had someone on the panel from Health Canada or from the Public Health Agency he or she might say it is not their role to lead the development of a national population health strategy, and that may well be accurate. However, I do not believe that should preclude the federal government from taking a lead role in certain areas where they do have the policy levers available to them.

Senator Callbeck: I should like to hear from the others as well.

Ms. Beattie-Huggan: I think it is very important. My reason for saying that is that we have had programs funded throughout Canada on a project-by-project basis. The organizations need to apply for funding maybe every three years. The funding descriptions change. It could be the Population Health Fund one year. I will provide an example of this.

There is a family resource centre in Charlottetown that was initially funded by Health Canada. It had a different name at that time. Its purpose was to promote the health of young children. Subsequently, that same program was funded by the National Crime Prevention Centre, because the root causes of crime and the determinants of health are actually the same. Therefore, by

Mme Hennebery, vous avez parlé de la campagne menée sur l'Île-du-Prince-Édouard. Je vous félicite pour les résultats que vous avez obtenus. Je crois que si le gouvernement fédéral ne s'était pas impliqué, vous n'auriez pas obtenu les résultats que nous voyons aujourd'hui dans la lutte contre le tabagisme.

Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans la santé de la population. Il me paraît très difficile que chaque province agisse par elle-même. Elles ont besoin du leadership et de l'aide du gouvernement fédéral.

Mme Hennebery, vous avez laissé entendre dans votre mémoire qu'il faut exercer un leadership national dans certains domaines de la santé de la population. Avez-vous des suggestions à formuler quant aux priorités, ou pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait avoir une stratégie d'ensemble pour la santé de la population? Vous pouvez répondre en premier et nous entendrons les commentaires des autres personnes ensuite.

Mme Hennebery : Je suis d'accord avec ce que vous dites dans le cas du tabac. Le gouvernement fédéral a exercé le leadership dans ce domaine. Je peux certainement parler de ce qui s'est passé dans notre province. Nous avons profité de ce leadership. Notre stratégie en la matière s'est inspirée de la Stratégie de lutte contre le tabagisme.

On peut faire plus au niveau national. J'ai cerné des domaines dans lesquels, à mon avis, on pourrait faire quelque chose, par exemple, celui de la pauvreté des enfants. Nous avons obtenu d'excellents résultats en réduisant la pauvreté chez les personnes âgées. Nous ne sommes pas parvenus aux mêmes résultats pour les enfants pauvres. Nous disposons dans notre pays d'un modèle que nous pouvons suivre pour améliorer la santé des enfants canadiens et de leurs familles.

J'imagine que si quelqu'un de Santé Canada ou de l'Agence de santé publique du Canada était présent ici aujourd'hui, cette personne pourrait dire qu'il ne leur incombe pas d'élaborer une stratégie nationale de santé de la population, et ce pourrait fort bien être exact. Toutefois, je ne crois pas que cela devrait empêcher le gouvernement fédéral d'assumer un rôle de leader dans certains domaines quand il dispose de leviers de politique pour agir.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais savoir ce que les autres ont à dire sur ce sujet.

Mme Beattie-Huggan : Je crois que c'est très important. Si je le dis, c'est que nous avons eu des projets financés dans tout le Canada au cas par cas. Les organismes doivent demander des fonds tous les trois ans, peut-être. Les conditions du financement peuvent changer. Une année, il pourrait s'agir du Fonds pour la santé de la population. Je vais en donner un exemple.

Il y a un centre de ressources familiales à Charlottetown qui a été financé au début par Santé Canada. Il porte un nom différent maintenant. Son objectif était de promouvoir la santé des jeunes enfants. Par la suite, le même programme a été financé par le Centre national de prévention du crime, parce que les causes profondes de la criminalité et les déterminants de la santé sont en

investing in crime prevention through social development, it was the same centre, but their funding source changed just because that is where the money was.

There are organizations and infrastructure out in the communities that can be delivering programs, but I would say they are spending at least 50 per cent of their time scrambling to find the money to keep their programs operating. It depends on where the funding will come from and where it is changing.

The National Crime Prevention Centre is now no longer funding those programs because a shift has taken place and they are looking at youth at risk. There is currently a big fear with respect to the CAPC — Community Action Program for Children — which are national and are funded across the country through the Public Health Agency of Canada, that the Population Health Fund will not be renewed and there will be no funding for those early intervention programs.

Therefore, if we believe our youth are valuable and that they are our future, leadership must come from somewhere. I agree with Ms. Hennebery on this one. We have to find some way of supporting people who are trying to deliver programs and help them continue to operate.

In terms of a national scope, I do not know any other way. Right now, given the way the health systems are set up — you have heard the scramble that happens within the systems for the acute care dollar. I do not think it is any different in P.E.I. than in other provinces.

Mr. Eyles: I agree with you. There is a role for federal leadership. I think there is federal leadership already. It takes various forms. Ms. Hennebery alluded to Health Canada and the Public Health Agency's work on social determinants and population health.

I think there is a place to bring the federal leadership together, but it is in different areas. It gives us more bang for our buck. There is a diabetes strategy being developed.

Maybe the role of federal leaders is to diffuse the best practices between the provinces. In Ontario, there is a marvellous document, which is now 10 or 12 years old, about the primary prevention of cancer. There are wonderful tools that can be used to help us attack specific outcomes or reductions, if you like, that the federal government can link together, but you need the strategy over here to do it in this way and over here to do it in that way. There is a tremendous role for leadership.

réalité une seule et même chose. Donc, les investissements en prévention du crime dans le cadre du développement social sont bien allés au même centre, mais la source du financement de celui-ci a tout simplement changé parce que l'argent se trouvait ailleurs.

Il y a dans la collectivité des organismes et des infrastructures qui peuvent mettre en œuvre des programmes, mais je dirais qu'ils dépendent au moins 50 p. 100 de leur temps à chercher de l'argent pour pouvoir continuer à mettre en œuvre leurs programmes. Cela dépend de l'origine des fonds et de ce qui change.

Le Centre national de prévention du crime ne finance plus ces programmes parce que ses priorités ont changé et qu'il s'intéresse dorénavant aux jeunes à risque. Le Programme d'action communautaire pour les enfants, PACE, soulève actuellement des craintes importantes. Il s'agit d'un programme national financé à travers le pays par l'intermédiaire de l'Agence de santé publique du Canada. Les intervenants craignent que les fonds destinés à la santé de la population ne soient pas renouvelés et qu'il n'y ait plus de financement disponible pour ce programme d'interventions rapides.

Si nous sommes donc convaincus que nos jeunes constituent des atouts précieux, qu'ils sont notre avenir, le leadership doit venir de quelque part. Je suis d'accord avec Mme Hennebery sur ce sujet. Nous devons trouver des façons d'appuyer les gens qui essaient de mettre en œuvre des programmes et les aider à continuer à les appliquer.

En ce qui concerne la portée nationale, je ne connais pas d'autre solution. Actuellement, étant donné la façon dont les systèmes de santé sont organisés, cela déclenche des luttes pour obtenir des budgets, comme ce fut le cas pour les soins impératifs. Je suis sûre que vous en avez entendu parler. Je ne crois pas qu'il en aille différemment à l'Île-du-Prince-Édouard.

M. Eyles : Je suis d'accord avec vous. Il y a un rôle pour le leadership du gouvernement fédéral. Je crois que le gouvernement fédéral exerce déjà un leadership dans ce domaine. Il prend diverses formes. Mme Hennebery a fait allusion aux travaux de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada sur les déterminants sociaux et sur la santé de la population.

Je crois qu'il y a place pour un leadership fédéral, mais dans d'autres domaines. Cela nous permet d'en obtenir plus pour notre argent. Il y a une stratégie du diabète qui est en cours de préparation.

Il se peut que le rôle des leaders du gouvernement fédéral soit de faire connaître les pratiques exemplaires entre les provinces. En Ontario, il y a un très bon document, qui a maintenant 10 ou 12 ans, sur la prévention primaire du cancer. Il existe d'excellents outils que nous pourrions utiliser pour nous aider à obtenir des résultats précis ou des réductions, si vous préférez. Le gouvernement fédéral pourrait faire le lien entre eux, mais il faut une stratégie pour travailler de cette façon à un endroit et d'une autre façon à un autre endroit. C'est là un rôle très important en matière de leadership.

Ms. Hennebery: From a provincial perspective, it is important that any commitment from the federal government be ongoing and that it not be two or three years of funding and then the province is left to continue. We are certainly seeing that in the area of immunization. There has been excellent federal leadership in that area. Unfortunately, it is time limited. At that point, the provinces are left in the very difficult position of having to find the money to continue those programs that were initially set up as a federal commitment.

Ms. Beattie-Huggan: In relation to federal leadership, Canada is seen around the world as a leader in health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion is quoted in just about every health promotion document you can find. Population health is a great goal and approach, but we also have the strategies mapped out throughout the Ottawa Charter that can guide the development of a national initiative.

Think of tobacco. When there was just health education and the targeting of individuals, the impact was negligible. However, when multiple strategies such as addressing community action, creating healthy public policy and creating supportive environments were employed, we started to see change.

We have the knowledge. We are seen as leaders, but people are questioning why Canada is not following through. It is time to put some of that knowledge to work.

Senator Callbeck: As we have said, population health certainly takes a number of years to implement. We just talked about the anti-smoking campaign, which took 20 to 30 years. As you know, governments are focused on the four-year cycle. Therefore, it is very difficult to see the results of population reform within a four-year period.

How do you persuade people, not just the public, but people within the system that a healthy population is better for everyone in the long run? How do you do it in a relatively short period of time? As I mentioned, governments are on a four-year cycle, and it takes so long to see any results from the population health perspective. Do you have any advice on that?

Mr. Eyles: It is not advice, just a comment.

For me, there are three major players in shaping health policy: There is government; there is the public; and there are the providers. When it is two against one, you have a win.

Mme Hennebery : D'un point de vue provincial, il est important que tout engagement pris par le gouvernement fédéral soit permanent et qu'il ne s'agisse pas uniquement d'un financement de deux ou trois ans, au bout duquel la province est laissée à elle-même. Le gouvernement fédéral a exercé un leadership excellent dans ce domaine. Malheureusement, il est limité dans le temps. Actuellement, les provinces sont laissées à elles-mêmes dans une situation difficile puisqu'elles doivent trouver l'argent pour continuer à mettre en œuvre des programmes qui ont été mis sur pied au départ dans le cadre d'engagements du gouvernement fédéral.

Mme Beattie-Huggan : En ce qui concerne le leadership fédéral, le Canada est perçu à travers le monde comme un leader en promotion de la santé. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est citée dans pratiquement tous les documents sur cette question que vous pouvez trouver. La santé de la population est un excellent objectif et se révèle une très bonne approche, mais nous disposons également des stratégies préparées dans le cadre de la Charte d'Ottawa qui peuvent servir de guide à la mise sur pied d'une initiative au niveau national.

Pensez au tabac. Lorsqu'on se contentait de faire de l'éducation en matière de santé et de cibler les personnes, les effets étaient négligeables. Toutefois, lorsque des stratégies multiples, s'appuyant entre autres sur l'action communautaire, sur l'adoption de politiques publiques sur la santé et visant à instaurer un contexte favorable ont été utilisées, nous avons vu les choses changer.

Nous savons comment faire. Nous sommes perçus comme des leaders, mais les gens se demandent pourquoi le Canada ne va pas de l'avant. Il est temps d'utiliser concrètement ces connaissances.

Le sénateur Callbeck : Comme nous l'avons dit, il faut certainement de nombreuses années pour mettre en œuvre des initiatives de santé de la population. Nous venons d'évoquer la campagne de lutte contre le tabagisme, qui a pris de 20 à 30 ans. Comme vous le savez, les gouvernements ont un horizon de quatre ans. Il est donc très difficile de voir les résultats de la réforme de la population dans un tel délai.

Comment parvenir à persuader les gens, pas seulement le public, mais les gens au sein du système, qu'une population en santé vaut mieux pour tous à long terme? Comment y parvenir en une période de temps relativement courte? Comme je l'ai indiqué, les gouvernements ont un horizon de quatre ans et il faut attendre si longtemps pour voir les résultats du point de vue de la santé de la population. Avez-vous des conseils à nous donner dans ce domaine?

M. Eyles : Il ne s'agit pas de conseils, mais simplement de commentaires.

À mon avis, il y a trois intervenants importants dans l'élaboration d'une politique de la santé : le gouvernement, le public et les prestataires de services. Quand il y en a deux qui se mettent d'accord contre le troisième, vous avez gagné.

Extra billing in Ontario was struck down in the 1980s because the public was on the side of the government on that issue. Using that as an example of this three-pronged system, I think it is essentially an education or requirement, especially with the public.

We talked before about how difficult it is for the social determinants to be gotten across in a meaningful way. Maybe it is education via bite-sized chunks. I am not sure, but I think the answer is to get the public on side to realize health could be better and their wellness could be better. It is also important to get the providers on side to understand that there is more to health care than just care.

Senator Callbeck: It takes so long to change those attitudes.

Mr. Eyles: You are exactly right; it is a long-haul job. Your example of smoking was spot on. I think the Canadian Diabetes Strategy will take the same — it will be 20 or 30 years before we see a turnaround in those figures.

Ms. Beattie-Huggan: In Ireland, an interesting thing happened when the peace initiative was being developed. The Public Health Institute of Ireland was developed, looking at both north and south. It is bringing together two countries to say we need to look at the health of the population of Ireland. It is not just a research institute. They have a mandate to reduce health inequities in the country, advise on policy and be a watchdog on programs. It is separate from the political process and they have funding in the long term to exist.

To have something outside the four-year political cycle that does not get burned every time there is an election, or the flavour-of-the-day changes, how do you create a vehicle to take that leadership over the 20 to 30 years? As I thought of that question, the Ireland model came to mind — what they have been able to construct there.

I am thinking outside the box here. Maybe it needs to be an existing organization. The Senate is here. They are not going to make you go away at the end of an election. How do you have an organization that somehow has credibility and life and can provide leadership over that period of time? Those are just two thoughts.

Ms. Hennebery: You have asked a million-dollar question to which many people would love to have the answer. I do not think there is one answer.

La facturation additionnelle a été rejetée en Ontario pendant les années 1980, parce que le public était de l'avis du gouvernement sur cette question. En utilisant cela comme un exemple de ce système à trois facettes, je crois qu'il s'agit essentiellement d'éducation ou de besoin, en particulier avec le public.

Nous avons parlé auparavant de la difficulté de prendre réellement en compte les déterminants sociaux. Il faut peut-être faire de l'éducation petit à petit. Je n'en suis pas certain, mais je crois que la réponse suppose d'amener le public à prendre conscience qu'il pourrait être en meilleure santé et que son bien-être général pourrait s'améliorer. Il est également important d'impliquer les prestataires de services ou de soins pour qu'ils comprennent que les soins de la santé vont bien au-delà des soins tout seul.

Le sénateur Callbeck : Il faut tellement de temps pour changer ces attitudes.

M. Eyles : Vous avez certainement raison, le chemin à parcourir est long. Votre exemple du tabagisme était parfait. Je crois que la Stratégie canadienne sur le diabète nécessitera, elle aussi, de 20 à 30 ans avant de pouvoir observer une inversion dans l'évolution des chiffres.

Mme Beattie-Huggan : Nous avons observé un phénomène intéressant en Irlande lorsque la paix est apparue possible. Le Public Health Institute of Ireland a été mis sur pied pour s'intéresser à la situation dans les deux parties de l'île, le Nord et le Sud. Cela revient à faire travailler ensemble deux pays qui se disent qu'il faut pouvoir examiner la santé de la population de toute l'Irlande. Cet organisme n'est pas uniquement un institut de recherche. Il a pour mandat de réduire les iniquités dans le domaine de la santé, de formuler de conseils sur les politiques et d'être un chien de garde des programmes. Cet institut ne s'inscrit pas dans le processus politique, et il dispose d'un financement à long terme pour assurer son existence.

Pour qu'une initiative dont l'horizon va au-delà du cycle politique de quatre ans ne soit pas menacée de disparition à chaque fois qu'il y a une élection ou que la mode change, comment faut-il s'y prendre pour la doter d'un moyen d'assurer son leadership sur une période de 20 à 30 ans? En réfléchissant à cette question, le modèle irlandais m'est venu à l'esprit, en même temps que les réalisations auxquelles ces gens sont parvenus.

J'essaie ici de décloisonner. Il vaut mieux peut-être faire appel à un organisme existant. Le Sénat est là. Ils ne vont pas vous renvoyer après la prochaine élection! Comment se doter d'un organisme qui a, de quelque façon que ce soit, de la crédibilité et du dynamisme et qui est en mesure d'assurer le leadership au cours de cette période? Ce ne sont là que deux réflexions en la matière.

Mme Hennebery : Vous posez la question à un million de dollars à laquelle de nombreuses personnes aimeraient avoir la réponse. Je ne crois pas qu'il y ait une seule réponse.

I have often wondered what our health system would be like if we had national health goals that really meant something, that were not so broad that you could drive a truck through them and that the federal government as well as each jurisdiction signed on to.

I think a reasonable person would conclude that the health system, as we know it, will be difficult to sustain in the future from a financial perspective as well as from a supply of providers. I do not know when and I do not know what form it will take, but something will give at some point in the future. There will be a tipping point that will help shift some of the focus back to the root cause of illness.

The Chair: I could not agree more. I agree with you totally, and I do think we will arrive at health goals. I do not know how long it will take, but it will be on a population health basis.

Once we have established the framework for population health information, established the inequities and are able to measure the correction of inequities, government has no choice. It is game over. You have to have health equity. The social conscience of our country will demand it.

Senator Eggleton: Thank you for being here and for your role as change agents in P.E.I. That should go to Senator Callbeck as well, because she was a former minister and premier on the Island that helped bring about these changes.

The topic is population health. What I have heard more than anything though are comments about the health care system. When it comes to population health, there are many other factors, and there has been some mention made of them.

Toward the end of your presentation, Ms. Hennebery, you talked about children living in poverty, early childhood education and childhood obesity. Social determinants of health are wide-ranging — education, poverty, decent housing, employment. Is the Island into those things as part of its population health strategy or do they stand alone and separate? Is there coordination of all these social determinants of health that are part of population health, or is this something the Island is still working its way to getting into?

Ms. Hennebery: We do not have a population health strategy per se. Is there recognition of the determinants of health and the importance of those? Yes, we are connecting the programs and services in many areas, but we have not yet got to a comprehensive population health strategy.

Ms. Beattie-Huggan: When the regions were actually functioning as regions, even though there were problems with budgets and acute care demands, if you took the Circle of Health — which was really developed on P.E.I. from P.E.I. experience — and looked at that blue ring and at what they were trying to achieve in addressing those, they would look around the table to

Je me suis souvent demandée de quoi aurait l'air notre système de santé si nous avions des objectifs nationaux en la matière qui aient vraiment un sens, qui ne soient pas si larges ni si flous qu'on peut leur faire dire n'importe quoi et si le gouvernement fédéral, comme toutes les autres administrations, s'engageait à les appliquer.

Je crois qu'une personne raisonnable conclurait que le système de santé, dans sa forme actuelle, sera difficile à conserver à l'avenir d'un point de vue financier, et de celui des prestataires de services. Je ne sais pas quand cela se produira ni sous quelle forme, mais je sais que quelque chose va arriver à l'avenir. Il y aura un point de non-retour qui permettra de ramener la priorité sur la cause essentielle des maladies.

Le président : Je ne saurais dire mieux. Je suis tout à fait d'accord avec vous et je suis convaincu que nous aurons alors des objectifs de santé. J'ignore combien de temps cela prendra, mais cela se fera sur la base de la santé de la population.

Lorsque nous aurons défini le cadre qui convient pour l'information sur la santé de la population, que nous aurons cerné les iniquités et que nous parviendrons à mesurer l'importance des corrections à apporter, le gouvernement n'aura d'autre choix. La cause est réglée d'avance. Il faudra parvenir à l'équité en santé. La conscience sociale de notre pays va l'exiger.

Le sénateur Eggleton : Merci d'être parmi nous et du rôle que vous jouez comme agent de changement à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce commentaire devrait s'adresser également au sénateur Callbeck, parce que l'ancien ministre et premier ministre de l'Île qu'elle est, a contribué à ces changements.

Le sujet qui nous intéresse est la santé de la population. J'ai surtout entendu des réflexions sur le système de soins de santé. Quand on en vient à la santé de la population, il y a de nombreux autres éléments, et certains ont été évoqués.

Vers la fin de votre exposé, Mme Hennebery, vous avez parlé des enfants vivant dans la pauvreté, de l'éducation de la petite enfance et de l'obésité des enfants. Les déterminants sociaux de la santé ont une large portée : éducation, pauvreté, logement décent, emploi. Le gouvernement de l'Île s'intéresse-t-il à ces aspects dans le cadre de sa stratégie de santé de la population ou chaque sujet est-il abordé de façon indépendante et distincte? Y a-t-il une coordination entre tous ces déterminants sociaux de la santé qui concernent la santé de la population, ou est-ce un sujet sur lequel le gouvernement de l'Île travaille encore?

Mme Hennebery : Nous n'avons pas de stratégie de santé de la population en soi. Reconnaît-on les déterminants de la santé et leur importance? Oui, nous faisons le lien avec les programmes et les services dans de nombreux domaines, mais nous n'avons pas encore élaboré une stratégie complète de santé de la population.

Mme Beattie-Huggan : Quand les régions fonctionnaient réellement comme des régions, même s'il y avait des problèmes de budget et de demandes de soins impératifs, si vous examinez le cercle de santé, qui a réellement été élaboré à l'Île-du-Prince-Édouard à partir de son expérience, et que vous examinez l'anneau bleu et que vous vous demandez ce que

ensure when there was an issue to be discussed that there was someone present from each of those sectors. Those sectors were working together when it was at the regional level. That was one of the successes of being regional.

On the blue ring, they were working with individuals, families, communities, all those populations, and they were trying to achieve balance in people's lives. There was more effort on addressing not just the physical health — because social programs were integrated — but also they were addressing the emotional health.

Structure makes it more possible to bring people together, to integrate services around the clients and the people who are at the centre. That is where community health centres do such a great job. You were saying that it is problematic now that the structure has been changed, that it is harder to keep that integration and to address the determinants.

Although the strategy does not say that this is the population health strategy per se, it was happening with the structures that were there and the legacy of the health report time. It is a problem now.

Senator Eggleton: You said at the community level, not necessarily at the political or government level.

Ms. Beattie-Huggan: The Circle of Health was working well at the community level. However, if my memory is right, because people at their local levels were getting together more, it had an influence upwards too; you had people working more on projects across sectors.

Right now, I would not say it is working as well. You cannot see it as visibly. Back then, if you gave that Circle of Health to someone at the regional level, they would see themselves in that. Right now, I am not sure that everyone would necessarily see themselves in it.

On the other hand, the Circle of Health is something that could be used as a planning framework if we were to go forward. Because I am doing more Atlantic work now, I am seeing it being used by wellness coalitions in Newfoundland and Labrador, where they have their social strategic plan and are trying to work at bringing those determinants together.

Senator Eggleton: Do you have any way of measuring the success of integrating these various social determinants? If you go to a population health strategy, per se, ultimately, how will you determine your success in those areas? How will you measure it?

Mr. Eyles: I am not quite sure I fully understand the question. Success in terms of building from the bottom up?

Senator Eggleton: Population health.

Mr. Eyles: Across the various determinants?

ces gens essayent de faire pour résoudre ces problèmes, sachez qu'ils s'assuraient qu'il y avait bien autour de la table des partenaires de chacun des secteurs concernés pour discuter du problème. Ces secteurs collaboraient quand les choses se décidaient au niveau régional. Ce fut l'une des réussites d'une organisation au niveau régional.

Sur l'anneau bleu, ils travaillaient avec des personnes, des familles, des collectivités, tous les membres de la population, et ils s'efforçaient de parvenir à l'équilibre dans la vie des personnes. À l'époque, on s'efforçait d'aller au-delà de la santé physique, parce que les programmes sociaux étaient intégrés, mais on se préoccupait également de la santé émotive.

Les structures ont permis de regrouper les gens, d'intégrer les services autour des clients et des personnes qui se trouvent au centre. C'est précisément là que les centres de santé communautaire ont fait un excellent travail. Vous disiez que la situation est problématique maintenant que la structure a été modifiée, qu'il est plus difficile de conserver l'intégration et de s'occuper des déterminants.

Même si la stratégie ne prétend pas en soi être une stratégie de santé de la population, c'était le cas quand les structures étaient présentes à ce niveau et c'est l'héritage laissé par cette époque. Cela pose problème maintenant.

Le sénateur Eggleton : Vous dites au niveau communautaire, pas nécessairement au niveau politique ou gouvernemental.

Mme Beattie-Huggan : Le Cercle de santé fonctionnait bien au niveau communautaire. Toutefois, si j'ai bonne mémoire, parce que les gens se regroupaient davantage au niveau local, ils exerçaient une influence vers le haut. Les gens se consacraient davantage à des projets impliquant plusieurs secteurs.

Je ne dirais pas que les choses fonctionnent aussi bien maintenant. Cela n'est pas aussi visible. En revenant à cette époque, si vous donniez le Cercle de santé à quelqu'un au niveau régional, cette personne voyait le rôle qu'elle pouvait y jouer. Maintenant, je ne suis pas sûre que ce soit le cas de tous.

Par contre, le Cercle de santé est un outil qui pourrait être utilisé comme cadre de planification si nous devons aller de l'avant. Comme je travaille davantage au niveau de la région Atlantique maintenant, je le vois utilisé par des coalitions se consacrant au bien-être à Terre-Neuve et au Labrador, où il y a des plans sociostratégiques et où les gens s'efforcent d'intégrer tous ces déterminants.

Le sénateur Eggleton : Avez-vous un moyen de mesurer la réussite de l'intégration de ces divers déterminants sociaux? En vous reportant à la stratégie de santé de la population, par elle-même, comment feriez-vous au bout du compte pour déterminer votre réussite dans ces domaines? Comment mesureriez-vous cette réussite?

M. Eyles : Je ne suis pas sûr de bien comprendre votre question. La réussite dans le sens de la mise en place d'un système du bas vers le haut?

Le sénateur Eggleton : Santé de la population.

M. Eyles : Pour les divers déterminants?

Senator Eggleton: Yes.

Mr. Eyles: If it is from the bottom up, I can tell you that first. You look at your capacity, and there are ways of measuring capacity that exist which would also help measure social cohesion and social integration and efficacy of a community to help itself, which is far stronger in smaller than larger provinces.

On measuring success across the determinants, we have been talking about it in answer to some of the other questions. You set targets and goals for the various determinants and see if you meet them on a national level, and you would hope the provinces would do the same to fit into national targets.

There are now 12 determinants, according to the Public Health Agency of Canada, and some of those will be pretty heard to measure. Perhaps we need strategies that target the ones that are easier to measure to begin with. If you do not measure it, it does not mean anything.

Ms. Hennebery: Certainly the Canadian Institute of Health Information has a very comprehensive framework for indicators that do include some population health indicators. At a national level, that would be a very good starting point, and they are being monitored to some extent now.

You raise a very good point. So much of the health care discussion focuses on the health care system, and yet the research would tell us that, in terms of the impact of the health care system on the health of individuals and families, it is anywhere from 17 to 25 per cent.

Senator Eggleton: In the case of P.E.I., the reorganization came essentially in the health care system, the health care people, so it has come from that paradigm or perspective as opposed to all the social determinants.

Mr. Eyles: Yes and no. I think who is around the table obviously shapes what gets talked about, but some of the determinants are really within the bailiwick of other departments. That is the problem you have. Does the mandate of health keep on stretching outwards? How do you engage those other departments?

Senator Eggleton: You need horizontal links and commitment from the top.

Mr. Eyles: Especially around income changes.

Ms. Beattie-Huggan: When I talked with the person who was the first CEO of the agency, he said maybe it was because we went too broad, but that first umbrella of health pulled in housing and corrections and social care and all the things that might have otherwise been out there. They were pulled under that one umbrella called health, so during that health reform time, it just expanded the definition of health. It could have done it another way. I remember him saying at one time that the only one we

Le sénateur Eggleton : Oui.

M. Eyles : S'il s'agit d'aller du bas vers le haut, je peux commencer par vous dire ceci. Vous examinez vos capacités; il y a des moyens de les mesurer qui aideraient également à mesurer la cohésion et l'intégration sociale et l'efficacité d'une collectivité à se prendre en charge. Plus une province est petite et plus cette dernière est réelle.

En ce qui concerne la mesure de la réussite pour tous les déterminants, nous en avons traité dans une réponse à certaines des autres questions. Vous fixez des objectifs et des buts pour les divers déterminants et voyez ensuite si vous les atteignez au niveau national, et vous espérez que les provinces vont faire la même chose pour cadrer avec les objectifs nationaux.

Il y a maintenant 12 déterminants, d'après l'Agence de santé publique du Canada, et certains d'entre eux sont passablement difficiles à mesurer. Nous aurions peut-être besoin de stratégies ciblant ceux qui sont les plus faciles à mesurer pour débiter. Si vous ne faites pas de mesures, cela n'a plus de sens.

Mme Hennebery : Il est manifeste que l'Institut canadien d'information sur la santé dispose d'un cadre très complet pour les indicateurs qui intègre certains indicateurs de la santé de la population. À un niveau national, cela constituerait un très bon point de départ, et ces indicateurs font l'objet d'un certain suivi maintenant.

Vous soulevez un très bon point. La discussion sur les soins de santé porte essentiellement sur le système de soins de santé, et pourtant les recherches nous disent que les effets du système de soins de santé sur la santé des personnes et des familles ne sont que de l'ordre de 17 à 25 p. 100.

Le sénateur Eggleton : Dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard, la réorganisation a surtout touché le système de soins de la santé, les gens qui prennent soin de la santé, ce qui fait qu'elle a pris son origine dans ce paradigme ou dans ce point de vue par opposition à une perspective intégrant l'ensemble des déterminants sociaux.

M. Eyles : Oui et non. Je crois que les gens qui étaient autour de la table ont manifestement exercé une influence sur les sujets discutés, mais certains des déterminants relèvent réellement des pouvoirs des autres ministères. C'est le problème qui se pose. Est-ce que le mandat de la santé continue à s'étendre vers l'extérieur? Comment impliquez-vous les autres ministères?

Le sénateur Eggleton : Vous devez avoir des liens horizontaux et des engagements pris par le sommet.

M. Eyles : En particulier quand il s'agit de l'évolution des revenus.

Mme Beattie-Huggan : Quand je me suis entretenue avec la première directrice générale de l'Agence, elle m'a dit qu'il en était peut-être ainsi parce que nous avions visé trop large, mais que le premier programme parapluie en matière de santé a fait ressentir ses effets dans le domaine du logement, des services correctionnels et des soins sociaux, et dans tous les autres domaines qui auraient pu être présents autrement. Ils ont été regroupés sous un parapluie appelé santé, ce qui fait qu'à l'époque de la réforme

really left out was education. He did not think it would go over very well if we pulled them in under health.

The Chair: It is one the major determinants of health.

Ms. Beattie-Huggan: I used to ask myself about the role of the health system in this, because I wore the hat of health promotion and community development. We were to develop that philosophy of health promotion within the system, so what was our role? Part of this was delivering services, and the other, because we have this hat called health, was to be an advocate for population health and to try to work with other sectors to make that happen. Then all the responsibility falls on the health system rather than on something that is outside of it that is looking at the overall population.

Senator Fairbairn: I have been listening with great joy to some of the things that you have been saying. Not so very long ago, back in the early 1990s, I was dispatched to Charlottetown to hitch up with the premier — and the premier is my friend sitting down the table here. I was working in the area of literacy. We were to get together and jointly launch a province-wide literacy program, particularly for families and children. I am looking at your statement on the second-last page that a truly national early childhood education and care program would pay dividends in the area of population health, and then you go on about the quality that each child should have a chance at.

A wonderful thing happened in Prince Edward Island at that time, and terrific people were just so keen to go out in every part of that island and enable adults to themselves get a lift with this but, at the same time, be able to turn with great enthusiasm to this new set of programs on the children, the little ones and young people. It worked.

Times have changed. In the area of literacy, we had a scary event a year ago, and this committee had some lively and overwhelming hearings about what was in fact going on now and how much more was needed.

Is the basis that the senator as premier started back then still there? Is it still growing? Is it still doing the kinds of things that you want to lift up the opportunities in your province? Is it still out there with good roots?

Ms. Hennebery: Yes, it is. Literacy is still a very high priority in our province. You can only address so many issues in a few minutes. I could have spoken much more about literacy. It certainly is lead by the Department of Education. There is a fairly comprehensive strategy that is intersectoral, and it does take a population health approach. Some interesting work is going on

de la santé, cela a eu pour effet d'élargir la définition de la santé. On aurait pu procéder différemment. Je me souviens que cette personne m'a dit que, à une époque, le seul déterminant qui a vraiment été laissé de côté était l'éducation. Les gens ne pensaient pas qu'il s'intégrerait très bien aux autres déterminants si on le transférait sous le titre Santé.

Le président : C'est l'un des déterminants importants de la santé.

Mme Beattie-Huggan : J'avais l'habitude de m'interroger sur le rôle du système de santé parce que je m'occupais à la fois de la promotion de la santé et du développement communautaire. Nous devions développer cette philosophie de la promotion de la santé au sein du système, et je me demandais donc quel était notre rôle? Il s'agissait, en partie, de fournir des services et, parce que nous portions ce chapeau appelé santé, de défendre la santé de la population et d'essayer de travailler avec les autres secteurs pour que les choses avancent. Alors, toute la responsabilité repose sur le système de santé plutôt que sur un élément qui lui est extérieur au lieu de s'intéresser à la population en général.

Le sénateur Fairbairn : J'ai écouté avec beaucoup de plaisir un certain nombre de choses que vous avez dites. Il n'y a pas si longtemps, en remontant aux années 1990, on m'a envoyée à Charlottetown pour collaborer avec le premier ministre de l'époque, mon amie assise à cette table. Je m'occupais alors d'alphabétisation. Nous devions nous réunir et lancer conjointement un programme d'alphabétisation à l'échelle de la province, visant en particulier les familles et les enfants. Je lis ce que vous avez écrit à l'avant-dernière page, soit qu'un programme vraiment national d'éducation et de soins de la petite enfance produirait des dividendes dans le domaine de la santé de la population, et vous poursuivez en parlant de la qualité des services à laquelle chaque enfant devrait avoir droit.

Quelque chose d'extraordinaire s'est produit à Île-du-Prince-Édouard à cette époque, et des gens extraordinaires ont tenu à se rendre dans toutes les parties de l'Île pour permettre aux adultes d'en tirer parti et, tout en même temps de travailler avec beaucoup d'enthousiasme à cette nouvelle série de programmes destinés aux enfants, aux petits et aux jeunes. Cela a fonctionné.

Les temps ont changé. Dans le domaine de l'alphabétisation, nous avons été témoins d'un événement qui nous a donné la chair de poule il y a quelques années et ce comité a tenu des audiences animées et très chaleureuses sur ce qui se passe actuellement et sur ce dont nous avons besoin en plus.

Les bases qui ont permis au sénateur, alors qu'il était premier ministre, de lancer toutes ces initiatives sont-elles encore présentes? Y-a-t-il encore des développements? Voit-on encore le genre de choses que vous souhaitez pour relancer les possibilités dans votre province? Tout cela est-il encore là avec de bonnes bases?

Mme Hennebery : Oui, c'est présent. L'alphabétisation est encore prioritaire dans notre province. On ne peut traiter qu'un certain nombre de questions en quelques minutes. J'aurais pu parler beaucoup plus de l'alphabétisation. C'est le ministère de l'Éducation qui s'en charge. Il y a une stratégie assez complète qui est intersectorielle et qui adopte une approche de santé de la

with adults in the area of workplace literacy, where employers will actually invest in employees who wish to improve their literacy skills. There are some wonderful stories of what it has meant to people who were not able to read to be able to learn to read as adults with the assistance of their employer. A lot of work is going on with adults, and the Department of Education is increasing its focus with children also, because we do continue to have a fairly high percentage of our population who read at a grade six level or less. There is a lot of activity going on and many services and programs available. It has not resolved all of the problems, but it will not.

Senator Fairbairn: That is good to hear.

Ms. Beattie-Huggan: The partnerships around literacy have mobilized. The theme for this year's summer institute is «literacy.» It is reading between the lines of health, safety and literacy. That was put forward by some of our francophone advisory committee members because literacy is a huge issue with the francophone population, the Aboriginal population and a number of seniors that we have heard from. The early intervention programs are good. Our new immigrants are getting a lot of support now as well, but there are still issues in the province.

Senator Brown: I have a question for Ms. Hennebery. You said in your notes that you had five regional boards at one time. Could you tell us what the percentage of the health care dollar, not in terms of dollars but in terms of percentage, was used up by this bureaucracy? Since they have all collapsed, is there a significant difference in the amount of dollars used by the bureaucracy as opposed to the knowledge that actually goes into health care?

I ask those questions because I wonder, in the end, how you would judge that population health would factor in. I assume that chronic and emergency care always takes first priority on the health care dollar. I am trying to get an idea of how fast that can change — how, if you receive benefits from cessation of smoking, childhood diseases, childhood poverty, diabetes and those kinds of things, that percentage would change.

Hopefully, if the ideal world were to happen — utopia — where everyone is healthy because they practise a healthy lifestyle, then 100 per cent of the health care dollar would go to maintaining personal health rather than, as Mr. Eyles said, dealing with illness.

Have you some thoughts on that? Could you give us any percentages?

population. Des projets intéressants sont en cours avec les adultes dans le domaine de l'alphabétisation en milieu de travail, dans le cadre desquels des employeurs investissent réellement dans les employés qui souhaitent améliorer leurs compétences dans ce domaine. Il y a des histoires merveilleuses sur l'importance que cela a eue pour des gens qui étaient incapables de lire et qui y sont parvenus avec l'aide de leur employeur. Beaucoup de travail se fait avec les adultes, et le ministère de l'Éducation s'intéresse de plus en plus au sort des enfants, parce que nous continuons à avoir un pourcentage passablement élevé de notre population qui lit au niveau de la sixième année ou à un niveau inférieur. Beaucoup de choses se font et beaucoup de services et de programmes sont disponibles. Cela n'a pas résolu tous les problèmes et ne le fera pas.

Le sénateur Fairbairn : C'est une bonne chose à entendre.

Mme Beattie-Huggan : Les partenariats en matière d'alphabétisation ont mobilisé des ressources. Le thème retenu cet été à l'institut est l'alphabétisation. Il faut lire entre les lignes de la santé, de la sécurité et de l'alphabétisation. Ces questions ont été mises de l'avant par certains membres francophones de notre comité consultatif parce que l'alphabétisation a une grande importance au sein de la population francophone, des groupes autochtones et chez certains groupes de personnes âgées dont nous avons entendu parler. Les programmes d'intervention rapide sont une bonne chose. Nos nouveaux immigrants reçoivent beaucoup d'aide maintenant également, mais il reste des difficultés à résoudre dans la province.

Le sénateur Brown : J'ai une question à l'intention de Mme Hennebery. Vous avez indiqué dans votre exposé que, à une époque, il y avait cinq régies régionales. Pourriez-vous nous donner le pourcentage de budget allant aux soins de la santé, non pas en montant mais en pourcentage, qui était utilisé par cette bureaucratie? Depuis que celle-ci a disparu, avez-vous observé une différence importante dans les budgets utilisés par la bureaucratie, par opposition aux connaissances qui vont réellement dans les soins de la santé?

Je pose ces questions parce que je me demande, au bout du compte, comment vous estimeriez l'influence de la santé de la population dans tout ceci. Je fais l'hypothèse que les soins chroniques et d'urgence ont toujours la priorité pour les budgets de santé. J'essaie d'imaginer à quelle vitesse cela peut changer ou, si vous préférez, si vous retirez des avantages du fait que des gens aient cessé de fumer, et cela a-t-il fait évoluer le pourcentage de maladies infantiles, le taux de pauvreté chez les enfants, celui du diabète, et cetera.?

Bien évidemment, dans un monde idéal et utopique, dans lequel tout le monde serait en santé parce qu'il mènerait une vie saine, 100 p. 100 du budget des soins de la santé irait au maintien de la santé personnelle plutôt que, comme l'a dit M. Eyles, à s'occuper des maladies.

Avez-vous réfléchi à cela? Pourriez-vous nous donner des pourcentages?

Ms. Hennebery : I could not give you specific percentages. I can tell you that, with the last restructuring, there was between \$8 million and \$9 million taken out of our system, and that was mostly at the senior- and mid-management levels.

I have worked in health care for 26 years, and I have come to stop talking about trying to save money because I think we need to think about ways to reduce the amount that the health care system budget increases.

A former CEO in one of our health regions came to that same conclusion, but a number of years before I did. He said that we cannot afford to save any more money in health. You take steps to try and reduce in one area and then another area grows.

However, if the committee wished, I could try to get a very specific percentage of the health care budget that is spent on administration and management.

Senator Brown : That is part of the equation. I am not trying to save money, either. I feel that health care will cost more and more every year regardless of what we do just because we have a large boomer population becoming seniors now, so that will affect health care dollars across the country.

I was trying to learn what you thought might be the return and the ability to transfer the health care dollar from chronic and emergency care to this program of maintaining personal health. How could that percentage change over a generation? Getting people to quit smoking after 30 years of doing so does not necessarily mean they will not become ill because of previous habits.

Ms. Hennebery : The payoffs for some of those interventions are way down the road. There is research available that would suggest that for every dollar spent on prevention the payback is somewhere in the area of approximately \$6 to \$10, depending on the study. Maybe Mr. Eyles can comment on that.

Mr. Eyles : I do not have the exact figures, but if you spend money on virtually any determinant, you can save money on the acute care system. For example, in terms of environmental expenditures to try to reduce bad air, the same affect applies. You can reduce it theoretically, but it is still there.

Ms. Hennebery : The difficulty is that the savings are not tangible money in your pocket. The amount decreases as the expenditures grow.

Senator Brown : In other words, the money goes towards something that did not happen.

Mme Hennebery : Je n'ai pas de pourcentages précis à vous donner. Je peux vous dire que, avec la dernière réorganisation, le système a pu économiser entre huit et neuf millions de dollars, et pour l'essentiel au niveau de la haute direction et des gestionnaires intermédiaires.

J'ai travaillé; dans le domaine des soins de la santé pendant 26 ans et j'en suis venue à cesser de parler d'essayer d'économiser de l'argent parce que je crois que nous devons réfléchir à des façons de réduire le montant d'augmentation du budget du système de soins de la santé.

Un ancien directeur général de l'une de nos régions de soins est parvenu à la même conclusion, mais plusieurs années avant moi. Il affirmait que nous ne pouvions pas nous permettre d'économiser plus d'argent en santé. Si vous prenez des mesures pour faire des réductions dans un domaine, vous constatez des augmentations dans un autre.

Toutefois, si le comité le souhaite, je pourrais tenter d'obtenir des pourcentages très précis du budget des soins de la santé qui ont été consacrés à l'administration et à la gestion.

Le sénateur Brown : Cela fait partie de l'équation. Je n'essaie pas non plus d'économiser de l'argent. Je crois que les soins de la santé coûteront de plus en plus cher chaque année, peu importe ce qu'on fasse, parce que nous avons une importante population de personnes nées après-guerre qui deviennent âgées maintenant et cela se répercutera obligatoirement sur les budgets de soins de la santé de tout le pays.

Je me demandais quel pourrait être, à votre avis, le rendement d'un transfert des budgets de santé des soins chroniques et d'urgence à ce programme visant à conserver la santé individuelle, et si cela est possible. Dans quelle mesure ce pourcentage pourrait-il varier au cours d'une génération? Le fait d'amener les gens à cesser de fumer après 30 ans de consommation ne signifie pas qu'ils n'auront pas à supporter les conséquences de leurs mauvaises habitudes antérieures.

Mme Hennebery : Les avantages de certaines de ces interventions se manifesteront beaucoup plus tard. On dispose de recherches qui laissent entendre que pour chaque dollar dépensé en prévention, les retombées se situent entre six et dix dollars, selon l'étude. M. Eyles a peut-être quelque chose à ajouter sur ce sujet.

M. Eyles : Les chiffres que j'ai ne sont pas les mêmes, mais si vous consacrez de l'argent à pratiquement n'importe quel déterminant, vous réalisez des économies dans le système des soins impératifs. Par exemple, on observe le même effet avec les dépenses environnementales pour tenter de réduire l'air pollué. En théorie, vous pouvez le réduire, mais il y en a encore.

Mme Hennebery : Le problème est que les économies ne prennent pas la forme d'argent tangible dans votre poche. Le montant diminue au fur et à mesure que les dépenses augmentent.

Le sénateur Brown : En d'autres termes, l'argent va à quelque chose qui ne s'est pas produit.

Ms. Beattie-Huggan: Before I came here, I pulled out of my files a report on a site visit to Finland. We visited their system in 1995.

One interesting thing they had done — again, this is paying more attention to health promotion but also to primary care services — is they made a policy decision in 1972 to move 5 per cent a year of their health budget to the primary level. They have a national system, so they can do this. They gradually built up their primary level, and by the time we got there, they had good research to show that they had decreased the demand on the acute care system. In fact, they were able to demonstrate that, not just by the number of admissions but by the number of re-admissions. All their statistics showed there was actually a reduction in demand.

I have not looked at any of the studies that have come out of Finland since then, and I do not know if they are in the same situation we are, but at that time they were demonstrating that their policy to invest at that primary level was paying off.

Senator Brown: Thank you. That is the answer I was looking for.

Senator Callbeck: What was the time frame on that?

Ms. Beattie-Huggan: They started that process in 1972. It was around the same time we were setting up our own system in Canada. They made a decision to try to build up their primary care system, separate from their acute care system.

Their structure of government is different, so they had local authorities looking after education and all the determinants of health and would manage health care for their area. They gradually closed down all of their small rural hospitals and made them into primary care centres. They had good emergency transport to this more centralized acute care system.

Therefore, the two systems were managed separately and they gradually moved money over. We do have this report. I think it is on file with Ms. Hennebery. It provides a lot of information from that time frame as to what Finland was doing.

The Chair: I will impose on you for a copy of it. We teleconferenced with Sweden a few days ago, so I am aware of the Finland situation. I look forward to reading your report.

Senator Pépin: I will have to ask you to plug yourself into translation. My question was the same as Senator Brown asked, but with the nuance, I cannot ask it correctly in English.

Mme Beattie-Huggan : Avant de me présenter devant vous, j'ai ressorti de mes dossiers un rapport sur une visite faite en Finlande. Nous nous sommes intéressés à leur système en nous rendant sur place en 1995.

Une de leurs initiatives intéressantes — qui elle aussi concernait davantage la promotion de la santé tout en s'intéressant aussi aux services de soins primaires — a été, en 1972, de prendre la décision politique de transférer 5 p. 100 par an de leur budget de la santé au niveau primaire. Ils ont un système national, et ils peuvent donc faire cela. Ils ont progressivement mis en place leur niveau primaire, et à l'époque où nous nous y sommes rendus, ils disposaient de bons résultats de recherche prouvant qu'ils avaient diminué les pressions exercées sur le système des soins impératifs. En réalité, ils sont parvenus à le prouver, et pas uniquement avec le nombre d'admissions, mais également en tenant compte du nombre de réadmissions. Toutes leurs statistiques montraient qu'il y avait en réalité une réduction de la demande.

Je n'ai pas étudié les études produites en Finlande depuis cette époque, et je ne sais pas s'ils se trouvent dans la même situation que nous, mais à l'époque, ils montraient que leur politique visant à investir au niveau primaire était rentable.

Le sénateur Brown : Je vous remercie. C'est la réponse que je cherchais.

Le sénateur Callbeck : Quand cela s'est-il produit?

Mme Beattie-Huggan : Ils ont lancé le processus en 1972. C'est à peu près l'époque à laquelle nous mettions en place notre propre système au Canada. Ils ont alors décidé d'essayer de construire leur système de soins primaires indépendamment de leur système de soins impératifs.

Leur structure gouvernementale est différente, et ils avaient donc des administrations locales examinant l'éducation et tous les déterminants de la santé qui s'occupaient de la gestion des soins de la santé dans leur secteur. Ils ont progressivement fermé tous leurs petits hôpitaux ruraux et les ont convertis en centres de soins primaires. Ils ont mis en place un bon système de transport d'urgence vers le système de soins impératifs plus centralisé.

Les deux systèmes étaient donc gérés de façon distincte et ils ont progressivement fait passer l'argent de l'un dans l'autre. Nous avons le rapport sur cette question. Je pense que Mme Hennebery en a une copie dans ses archives. Il fournit beaucoup de renseignements sur ce que la Finlande faisait à cette époque.

Le président : Je vais vous demander de m'en faire parvenir une copie. Nous avons eu une téléconférence avec la Suède, il y a quelques jours, et je connais donc bien la situation en Finlande. J'aurais plaisir à lire votre rapport.

Le sénateur Pépin : Je vais devoir vous demander de mettre votre casque pour entendre la traduction. Ma question est la même que celle du sénateur Brown mais avec une nuance que je ne suis pas en mesure de formuler correctement en anglais.

[Translation]

Senator Pépin: It was said that the province was divided into five regional health authorities. Were there major discrepancies between the results of each region? Were such discrepancies taken into account when allocating the total budget for these five regions? On what basis were budgets allocated? Was it mainly on the basis of each region's population figures or specific needs?

[English]

Ms. Hennebery: I just caught the last part of the question. The regional health authority budgets were allocated based primarily on population, because there would be significant complexities in allocating budgets based on need.

Senator Pépin: Someone said that they are doing all kinds of studies and they are giving money, and when you look at the result, there is no specific region. That is why I said, if you did something similar in P.E.I., was the money given especially for the needs of the regional population or for the number of people?

Ms. Beattie-Huggan: The intent was that it would be given by need. Early on, the regions conducted needs assessments that were based on determinants of health.

It was complex; there were surveys and interviews. They gathered information and then they profiled what was rated by the public as being the top needs, so there was the public's perception. They also looked at what the data they could gather was telling them and compared it.

The idea was that this would help to determine priorities and then funding would go that way, but it did not really materialize in the way that it was planned. Trying to find a formula to make it work was very complex — at least, in the days that I was there it did not happen.

However, the needs-assessment process itself was extremely important in mobilizing the community, and that area. They started looking at ways, not of getting more money from the province, but of using resources that they already had to address the needs. There became more resource sharing.

One of the needs that was identified as a top priority was unemployment. In some of those regions, they actually got the people together that were working on job creation at the provincial level, working with the federal department of HRSDC or whatever it was that time — you lose count of the initials after a bit — to co-locate their offices to try to deal with unemployment. There was good cooperation based on those needs assessments, so it served that purpose, but it did not really

[Français]

Le sénateur Pépin : On a dit que la province a été divisée en cinq grandes régions régionales. Y avait-il de grandes disparités entre les résultats de la santé de ces cinq régions? Lorsqu'on parle du budget global de ces régions régionales, tenait-on compte des disparités? Quels étaient les facteurs pour en prendre compte? Les ressources allouées étaient-elles en fonction du nombre de la population ou de chaque région ou était-ce consacré selon les besoins spécifiques de chaque région?

[Traduction]

Mme Hennebery : Je n'ai saisi que la dernière partie de votre question. Les budgets des régions régionales de la santé étaient répartis pour l'essentiel en fonction de la population, parce qu'il aurait été particulièrement difficile de les répartir en fonction des besoins.

Le sénateur Pépin : Quelqu'un a dit qu'ils font des études de toutes sortes et qu'ils donnent de l'argent. Lorsque vous examinez les résultats, il n'y a pas de région précise. C'est pourquoi j'ai demandé, si vous faites quelque chose de comparable à l'Île-du-Prince-Édouard, si l'argent est attribué précisément pour répondre aux besoins de la population d'une région ou en fonction du nombre de personnes.

Mme Beattie-Huggan : L'intention était au départ de répartir l'argent en fonction des besoins. Les régions ont procédé rapidement à des évaluations de leurs besoins qui reposaient sur les déterminants de la santé.

C'était une question complexe et des enquêtes et des entrevues ont été organisées. Elles ont permis de recueillir l'information et ensuite de décrire ce qui était considéré comme prioritaire par le public. La perception de ce dernier était donc prise en compte. Les chercheurs se sont également demandé ce qui découlait des données recueillies et ils ont procédé à des comparaisons.

Ils pensaient que cela aiderait à fixer les priorités et que le financement s'en inspirerait, mais les choses ne se sont pas passées réellement comme prévu. Essayer de concevoir une formule fonctionnant bien était une tâche très complexe. Cela ne s'est pas produit, au moins à l'époque où j'étais là.

Le processus même d'évaluation des besoins a joué un rôle très important pour mobiliser la collectivité, et tout ce secteur. Ils ont commencé à chercher des façons non pas d'obtenir plus d'argent de la province, mais d'utiliser les ressources qu'ils avaient déjà pour répondre aux besoins. Il y a eu davantage de partage des ressources.

L'un des besoins qui ont été considérés comme prioritaires était le chômage. Dans certaines de ces régions, ils ont réuni les gens qui travaillaient à la création d'emplois au niveau provincial, qui collaboraient avec Ressources humaines et Développement social Canada, quelle qu'eût été son nom à l'époque, on s'y perd un peu dans les sigles après un certain temps — pour qu'ils travaillent dans les mêmes locaux afin d'essayer de faire face plus efficacement au chômage. Il y a eu une excellente coopération

have the time to translate into the kind of formula that that would get to a budget allocation.

Ms. Hennebery: Further, once the budgets were set initially, they were renewed based on history, so there was some historical element.

Senator Pépin: Were municipalities involved in the reorganization of services at the regional level?

Ms. Hennebery: In a small way. In Prince Edward Island, municipalities do not play a large role in delivering formal health services, like you would find in other provinces.

Senator Pépin: It was mentioned that it is important to work at the local level and identify the leader in the community, so I thought maybe the municipal level could have been involved.

Ms. Hennebery: At a regional board level, the municipalities would have had input, but they would not have had a role in funding.

The Chair: Honourable senators and witnesses, I am afraid we will have to wrap up. There is another meeting in this room at 6:15 p.m. and we need a short in-camera session.

Again, I want to thank the witnesses very much. Regardless of where you think you are, you are out front with what you have done in Prince Edward Island. There are tremendous lessons to be learned from the normal cycles of success and failure and frustration and all of that.

We deeply appreciate your coming here on short notice and sharing your strengths and weaknesses with us. It will be tremendously useful to us. We are hopeful that, when our report is out, it will show you what is available. There are close to 100 initiatives in Canada to overcome health inequities, but they are all disjointed. Hopefully, our report will help people like you learn which ones are useful and which are not useful. I have a feeling I will be back to some of you. Thank you very much indeed.

The committee continued in camera.

en fonction de ces évaluations des besoins. Cela a donc bien servi l'objectif pour aboutir à un genre de formule qui permettrait de répartir un budget.

Mme Hennebery : De plus, une fois les budgets définis au début, ils ont été renouvelés en fonction de ce qui se passait avant, et un élément chronologique est donc intervenu.

Le sénateur Pépin : Les municipalités ont-elles été impliquées dans la réorganisation des services au niveau régional?

Mme Hennebery : Dans une faible proportion. À l'Île-du-Prince-Édouard, les municipalités ne jouent pas un rôle important dans la prestation de services officiels de santé, comme c'est le cas dans d'autres provinces.

Le sénateur Pépin : On a indiqué qu'il était important de travailler au niveau local et de trouver qui est le leader de la collectivité, ce qui m'a amenée à penser que le palier municipal pouvait avoir été impliqué.

Mme Hennebery : Au niveau de la régie régionale, les municipalités auraient eu un apport, sans pour autant avoir de rôle à jouer dans le financement.

Le président : Honorables sénateurs et mesdames et messieurs les témoins, je crains que nous devions conclure. Une autre réunion est prévue dans cette pièce à 18 h 15 et il nous faut tenir une brève séance à huis clos.

Je tiens encore à remercier énormément les témoins. Indépendamment de l'opinion que vous avez de ce que vous avez fait à l'Île-du-Prince-Édouard, ce vous place à l'avant-scène dans ce domaine. Il y a des leçons très intéressantes à tirer des cycles normaux de réussite et d'échec, des frustrations et de tout cela.

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants d'être venus à si brève échéance et de nous avoir fait part des forces et des faiblesses de vos expériences. Cela nous sera très utile. Nous espérons que, lorsque notre rapport sera publié, vous y verrez ce qui est disponible. Il y a près d'une centaine d'initiatives au Canada qui veulent venir à bout des iniquités en matière de santé, mais elles sont toutes dispersées. Nous espérons que notre rapport aidera les gens comme vous à découvrir celles qui sont utiles et celles qui ne le sont pas. J'ai le sentiment que je reverrai certains d'entre vous. Encore sincèrement merci.

Le comité se poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Thursday, November 22, 2007

Swedish Ministry of Health and Social Affairs:

Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division.

Swedish National Institute of Public Health:

Dr. Gunnar Ågren, Director General;

Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert.

Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences:

Piroska Ostlin, Senior Researcher.

Wednesday, November 28, 2007

The Quaich Inc.:

Patsy Beattie-Huggan, President.

McMaster University:

John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences.

PEI Department of Health:

Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations.

TÉMOINS

Jeudi 22 novembre 2007

Ministère de la Santé et des affaires sociales de la Suède :

Irene Nilsson-Carlsson, directrice générale adjointe, Division de la santé publique.

Institut national de la santé publique de Suède:

Dr. Gunnar Ågren, directeur général;

Bernt Lungren, spécialiste des politiques de santé publique.

Institut Karolinska, Département des services de santé publique:

Piroska Ostlin, chercheure principale.

Mercredi 28 novembre 2007

The Quaich Inc.:

Patsy Beattie-Huggan, présidente.

Université McMaster:

John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la Terre.

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard:

Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel.





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, December 5, 2007
Tuesday, December 11, 2007
Wednesday, December 12, 2007

Issue No. 2

Third, fourth and fifth meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions
that contribute to the health of Canada's populations —
known collectively as the social determinants of health

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007

SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,
des sciences et de la technologie*

Délibérations du Sous-comité sur la

Santé des populations

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 5 décembre 2007
Le mardi 11 décembre 2007
Le mercredi 12 décembre 2007

Fascicule n° 2

Troisième, quatrième et cinquième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent
à la santé de la population canadienne, appelés
collectivement les déterminants sociaux de la santé

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, December 5, 2007

(4)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:05 p.m., in room 2, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (7).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the committee continued its examination on the social determinants of health.

WITNESSES:

Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS):

France Gagnon, PhD, Professor and Co-chair.

Université de Montréal:

Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor.

Ms Gagnon and Ms Bernier each made a statement and responded to questions.

At 5:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Tuesday, December 11, 2007

(5)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 9:05 a.m., in Room 356-S Centre Block, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn P.C., Keon, and Pépin (7).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the committee continued its examination on the social determinants of health.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 5 décembre 2007

(4)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 5, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : Du service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Odette Madore et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le comité poursuit son examen sur les déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS) :

France Gagnon, PhD, professeure et co-directrice.

Université de Montréal :

Nicole Bernier, PhD, professeure adjointe.

Mmes Gagnon et Bernier font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 17 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mardi 11 décembre 2007

(5)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans la salle 356-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Odette Madore et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

*WITNESSES (by video conference):**U.K. Department of Health:*

Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement.

Dr. Adshead made an opening statement and responded to questions.

At 10:45 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, December 12, 2007

(6)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:17 p.m., in room 2, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Lucie Pépin, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn P.C., Keon, and Pépin (6).

Other senator present: The Honourable Senator Munson.

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the committee continued its examination on the social determinants of health.

*WITNESSES:**B.C. Interior Health Authority:*

Lex Baas, Director of Population Health.

University of British Columbia:

James Frankish, Professor and Program Director.

Mr. Baas and Mr. Frankish each made a statement and responded to questions.

At 4:35 p.m., the Honourable Senator Keon took the chair.

At 5:53 p.m., the committee suspended.

At 5:55 p.m., the committee resumed.

Pursuant to rule 92(2)(e), the committee proceeded in camera to consider a draft agenda.

*TÉMOINS (par vidéoconférence) :**Ministère de la Santé du Royaume-Uni :*

Dre Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé.

Dre Adshead fait une déclaration d'ouverture puis répond aux questions.

À 10 h 45, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 12 décembre 2007

(6)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 17, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Lucie Pépin (*vice-présidente*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Munson.

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Odette Madore et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé.

*TÉMOINS :**Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. :*

Lex Baas, directeur de la Santé des populations.

Université de la Colombie-Britannique :

James Frankish, professeur et directeur de programme.

MM. Baas et Frankish font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 16 h 35, l'honorable sénateur Keon prend place au fauteuil.

À 17 h 53, la séance est interrompue.

À 17 h 55, la séance reprend.

Conformément à l'alinéa 92(2)(e) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos afin d'examiner une ébauche de programme.

At 6:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

À 18 h 5, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, December 5, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we are delighted today to have with us two expert witnesses. Ms. France Gagnon is principal researcher and professor in the labour, economics and management teaching unit, Télé-Université de l'Université du Québec in Montreal. She is also Co-chair of the Groupe d'étude sur les politiques et la santé. Her field of research and expertise is the management of health care systems and the development of population health policies. Ms. Gagnon is also familiar with Quebec's Public Health Act and is able to discuss some of the implications of section 54 of the act.

Ms. Nicole Bernier, PhD, is an assistant professor of research in preventive medicine at the University of Montreal and a scientific consultant with the National Collaborating Centre for Public Policy and Health. Her research focuses on government policies that influence health and social disparities. Given her expertise, she can offer a comparison of the population health policies adopted in Quebec and those in other jurisdictions. We are looking forward to hearing what she has to say.

Please proceed.

[*Translation*]

France Gagnon, Professor and Co-chair, Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GEPPS): Mr. Chairman, as a representative of the Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé (Study Group on Public Policy and Health), I am pleased to respond to the invitation from the Subcommittee on Population Health of the Senate of Canada. We wish to thank the members of the subcommittee for this opportunity to raise awareness of the research we have conducted since 2005 into public policies conducive to health.

My presentation will address the following three points: the issue surrounding the implementation of section 54 of Quebec's Public Health Act; our main observations on the implementation of section 54, five years after its adoption; and the Act to Combat Poverty and Social Exclusion. May I first remind you of the content of section 54, which states that:

“the minister is by virtue of his or her office the advisor of the Government of Quebec in any public health issue?
The minister shall give the other ministers any advice he

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 décembre 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 5 pour examiner l'impact des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, pour en faire rapport.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous sommes ravis d'accueillir aujourd'hui deux témoins experts. Mme France Gagnon est chercheuse principale et professeure à l'unité d'enseignement Travail, économie et gestion, Télé-Université de l'Université du Québec à Montréal. Elle est par ailleurs coprésidente du groupe d'étude sur les politiques et la santé. Ses domaines d'expertise en recherche portent sur la gestion des systèmes de soins de santé et le développement des politiques sur la santé des populations. Mme Gagnon connaît bien la Loi sur la santé publique du Québec et elle pourra discuter des répercussions de l'article 54 de cette loi.

Mme Nicole Bernier, PhD, est chercheuse adjointe au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et conseillère scientifique au Centre collaborateur canadien sur les politiques publiques et la santé. Ses intérêts de recherche portent sur les politiques gouvernementales qui influent sur l'état de santé de la population et les disparités sociales en santé. Compte tenu de son expertise, Mme Bernier pourra présenter des comparaisons entre la politique de la santé de la population adoptée au Québec et celles en vigueur dans d'autres juridictions. Nous sommes impatients d'entendre ce qu'elle a à dire.

Allez-y.

[*Français*]

France Gagnon, professeure et codirectrice, Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS) : Monsieur le président, j'ai le plaisir de répondre à l'invitation du Sous-comité sur la santé des populations du Sénat du Canada à titre de représentante du Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé. Nous tenons à remercier les membres du sous-comité de cette occasion de faire connaître davantage les travaux que nous menons depuis 2005 sur les politiques publiques favorables à la santé.

Ma présentation portera sur les trois points suivants : la problématique de la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique au Québec; les principaux constats sur la mise en œuvre de cet article, cinq ans après son adoption; et la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Permettez-moi de rappeler d'abord le contenu de l'article 54 selon lequel :

Le ministre de la Santé est d'office, le conseiller du gouvernement du Québec sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il

or she considers advisable for health promotion and the adoption of policies capable of fostering enhancement of the health and welfare of the population.” This means that when statutory and regulatory measures that could have a significant impact on the population’s health are being drafted, he or she must be consulted.

Let us now turn to its implementation. The findings of a study conducted in 2003 on the perception and implementation of section 54 in the various departments and agencies of the Government of Quebec, and scholarly papers assessing the impacts on health, allowed us to identify three main problems as a starting point for our research.

First, the difficulties experienced by the various departments and agencies in identifying the impact of their actions on public health and welfare; second, the difficulties for the organizations in question of incorporating within government departments and agencies an assessment process as regards the impact on health; and finally, the difficulties for those developing public policy of assessing potential positive or negative impacts on health and welfare. In order to better understand and address some of these problems, or at least attempt to partly address them, we have focused on three areas in our research: the decision-making process; the prospective assessment of the impact on health; and the process of knowledge transfer and acquisition.

To document these processes, we conducted retrospective case studies in four departments, including the Department of Employment and Social Solidarity, which is responsible for the Act to Combat Poverty and Social Exclusion. The rest of my presentation is based on the findings of these case studies, and on an investigation conducted by Jacques Bourgault, co-researcher at the GEPPS, on the conditions for success of interdepartmental provisions adopted by the various provincial governments in Canada in the development of horizontal public policies.

I would now like to move on to my second point, the main observations on the implementation of section 54. I will begin with the findings on other ministries’ perception of health and its determinants. Studies conducted in the public service of Canada and Quebec pointed to the gap between economic and social departments in their awareness of the potential impact of their actions on public health and welfare.

For economic departments, the links between their actions and the impact on public health and welfare is not a concern. This is a concern to the other departments, including the MSSS. The findings of our case studies in various departments tend to confirm this finding, with some qualifications.

In practical terms therefore, each department sees the problem primarily from the perspective of its own mandate. Impacts on health are addressed to the extent that this is relevant to the department’s institutional vision. But in any given area of intervention, there are often conflicting understandings of the problem, especially as regards potential solutions. At the Quebec Department of Agriculture, Fisheries and Food, for instance,

estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l’état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, lors de l’élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population, il doit être consulté.

En ce qui concerne sa mise en œuvre, les résultats d’une étude menée en 2003, sur la perception et l’application de l’article 54 dans les différents ministères et organismes du gouvernement du Québec, ainsi que des écrits scientifiques sur l’évaluation d’impacts sur la santé nous ont amenés à dégager trois grands problèmes comme point de départ à notre recherche.

Premièrement, les difficultés pour les ministères et organismes à percevoir des impacts de leurs actions sur la santé et le bien-être de la population; deuxièmement, les difficultés pour les porteurs d’un tel dossier d’intégrer un processus d’évaluation d’impact sur la santé à l’intérieur de l’appareil gouvernemental; enfin les difficultés pour ceux qui ont à formuler des politiques publiques et d’évaluer les impacts potentiels, positifs ou négatifs, sur la santé et le bien-être. Afin de mieux comprendre et de tenter de résoudre, en partie du moins, ces problèmes, notre recherche est centrée autour de trois axes; le processus décisionnel, celui de l’évaluation prospective d’impact sur la santé et le processus de transfert et d’appropriation des connaissances.

Pour documenter ces processus, nous avons procédé à des études de cas rétrospectives au sein de quatre ministères, dont celui de l’Emploi et de la Solidarité sociale responsable de la loi visant à lutter contre la pauvreté. La suite de ma présentation s’appuie sur les résultats qui se dégagent de ces études de cas ainsi que sur une enquête conduite par Jacques Bourgault, cochercheur au GÉPPS sur les conditions de succès des dispositifs interministériels adoptés par les gouvernements de différentes provinces canadiennes.

Deuxième point annoncé : les principaux constats sur la mise en œuvre de l’article 54. Je présenterai, dans un premier temps, les constats relatifs à la perception de la santé et de ses déterminants des autres ministères. Des études réalisées au sein des fonctions publiques canadienne et québécoise ont fait ressortir l’écart entre les ministères à vocation économique et ceux à vocation sociale en ce qui concerne la sensibilisation de l’impact de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations.

Pour les ministères à vocation économique, la question des liens entre leurs actions et l’impact sur la santé et le bien-être des populations n’est pas de leur ressort. Elles concerneraient plutôt les autres ministères, dont celui de la Santé. Les résultats des études que nous avons conduites au sein de divers ministères du gouvernement du Québec tendent à confirmer ce constat, mais appellent à la nuance.

Ainsi, dans les faits, au moment de la formulation de politiques publiques, chaque ministère envisage le problème à l’étude d’abord et avant tout à travers sa propre mission. Les impacts sur la santé sont abordés dans la mesure où cela rejoint la vision institutionnelle du ministère. Mais dans un domaine d’interventions donné, il y a, le plus souvent, confrontation de différentes visions quant à la lecture du problème, mais surtout en

there are three concurrent views on the Act Respecting Commercial Aquaculture. Some divisions of the department focus on the economic aspect of aquaculture development while another division is more interested in food safety. Public health stakeholders, for their part, see this as an opportunity to introduce omega 3s in hatchery fish production.

A more detailed analysis of the dynamics between the stakeholder groups shows that in each case, the stakeholders' vision of the problem and most often of potential solutions relate to economic, environmental, safety or administrative visions.

In short, it is difficult to maintain the interest of departments and agencies in the potential impacts that their actions could have on health and well-being when there are factors more closely related to their own mission to consider.

Furthermore, the consideration of health and well-being determinants is rather implicit in the formulation of public policies. I would now like to make some observations on the development and implementation of interdepartmental mechanisms. Within the MSSS, steps have been taken to develop an intragovernmental health impact assessment process. These initiatives include the creation of a committee of departmental sponsors; the dissemination of an information bulletin; the preparation of a practical health impact assessment guide, an issue I will revisit in the next section of my presentation; and the publication of a document to raise awareness about the determinants of health, again for the use of other departments.

According to MSSS data, the number of opinions requested and/or consultations received and processed by the department with regard to proposed laws and regulations increased in 2006-2007.

A number of these requests came from the cabinet committee on social, educational and cultural development of the Executive Council Secretariat. Even before the adoption stage, a brief on the proposed action has already been drafted by the department or agency in question and submitted to the Executive Council Secretariat. The brief that you have been given provides you with more in-depth information, particularly on the committee of departmental sponsors. In order to keep within the time that has been allocated to me, I will end this section with a few final comments on conducting health impact assessments, commonly referred to as HIAs.

First, I would like to point out the ambiguousness of the expression "significant impact" used in section 54 of the act and, in particular, the application problems resulting from this ambiguity. What criteria or standards are used to determine whether an impact is significant?

That is why the MSSS developed a practical guide for HIAs. This guide contains the basic information needed to perform this type of assessment, as well as screening and scoping tools. This

ce qui concerne les solutions envisagées. Par exemple, dans le cas du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, trois visions coexistent relativement au projet de loi sur l'aquaculture commerciale. Certaines directions du ministère sont préoccupées par l'aspect économique du développement de l'aquaculture; alors qu'une autre direction est davantage préoccupée par l'innocuité de la production alimentaire. De leur côté, les acteurs de santé publique y verront l'occasion d'introduire des omégas 3 lors de la production d'élevage de poissons.

Ainsi, une analyse plus fine de la dynamique entre les différents groupes d'acteurs permet de constater que, dans chacun des cas, les visions du problème des acteurs et le plus souvent des solutions potentielles qui sont partagées entre des visions tantôt économiques, tantôt environnementales ou encore plutôt sécuritaires ou administratives.

En somme, il est difficile de soutenir l'intérêt des ministères et organismes dans leur contexte respectif alors que différents enjeux liés de plus près à leur mission sont en compétition avec la santé et le bien-être.

De plus, la prise en compte des déterminants de la santé et du bien-être est plutôt implicite lors de la formulation des politiques publiques. Deuxième série de constats sur le développement et le fonctionnement des mécanismes interministériels. Au ministère de la Santé, des initiatives ont été entreprises afin de favoriser le développement d'un processus intragouvernemental d'évaluation d'impacts sur la santé. Parmi ces initiatives, la création d'un réseau de répondants ministériels, la diffusion d'un bulletin d'information, le développement d'un guide pratique d'évaluation d'impact, sur lequel je reviendrai dans la section suivante et la publication d'un document de sensibilisation aux déterminants de la santé, toujours pour les autres ministères.

Selon les données disponibles au ministère de la Santé, le nombre d'avis ou de consultation sur des projets de loi ou règlements reçus et traités par le ministère a augmenté en 2006-2007.

Plusieurs de ces demandes proviennent toutefois du comité ministériel du développement social, éducatif et culturel du Secrétariat du conseil exécutif. Bien que l'on soit en amont de l'adoption, le mémoire sur l'action envisagée est déjà rédigé par le ministère ou l'organisme concerné et déposé auprès du Secrétariat. Vous avez donc dans le texte, plus de détails notamment sur le réseau de répondants afin de respecter mon temps qui m'est imparti, je terminerai cette section avec une dernière série de constats portant sur la réalisation des évaluations d'impacts sur la santé appelée EIS.

D'entrée de jeu, il faut souligner l'ambiguïté de l'expression d'impacts significatifs mentionnés dans l'article 54 et surtout les difficultés d'application qui en découlent. À partir de quels critères ou de quelles normes peut-on déterminer qu'un impact est significatif?

Afin de soutenir les personnes chargées d'élaborer les projets de loi et règlements, le ministère de la Santé a développé un guide pratique d'évaluation d'impact. Ce guide présente l'information

assessment, which is intended to be strategic in the sense that it focuses on screening for and identifying potential impacts, is voluntary. Furthermore, the INSPQ, Quebec's institute for public health, is currently developing a methodology for the drafting of reports on public and health policies, with a view to standardizing the opinion and knowledge summaries prepared for the Minister of Health or the MSSS.

In short, the ability to document the impact and quality of the data are determining factors in carrying out health impact assessments.

To respond to the subcommittee's question regarding the Act to Combat Poverty and Social Exclusion, no formal coordination exists between the measures relating to section 54 and those relating to section 20 of the Act to Combat Poverty, which states that each minister must give an account of proposals of a legislative or regulatory nature that he considers could have impacts on the income of persons who live in poverty.

However, it is the Advisory Committee on Combating Poverty and Social Exclusion, struck in 2006, that has an oversight role on government policies having impacts on poverty and social exclusion. The Act to Combat Poverty and Social Exclusion, passed in December 2002, is a framework law that sets out key principles to guide government actions.

Pursuant to the act, the Department of Employment, Social Solidarity and Family Welfare introduced the government action plan to combat poverty and social exclusion in April 2004.

A case study was carried out on the action plan, and I would be happy to discuss it during the question and answer session if that would be of use to you.

In conclusion, section 54 certainly provides significant leverage to encourage the development of public policies conducive to health. However, although it is technically the law, section 54 is more of an incentive, since there is no formal sanction for non-compliance. In general, there is a great deal of work to be done on the transfer and appropriation of knowledge on the development of public policies conducive to health from the MSSS and INSPQ to the departments and agencies and in cooperation with the academic community.

Health and welfare determinants, the carrying out of impact assessments and the review of policies implemented elsewhere are all matters of concern in this regard.

The Chair: Thank you, Ms. Gagnon.

nécessaire à la réalisation d'une telle évaluation et comporte des grilles pour le dépistage des impacts potentiels sur la santé ainsi que pour le cadrage et l'analyse sommaire. Cette évaluation se veut davantage stratégique au sens où elle met l'accent sur le dépistage et permet ainsi un repérage des impacts potentiels. Elle se fait sur une base volontaire. Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est à développer une méthodologie pour la réalisation de rapports sur les politiques publiques et la santé afin de permettre la standardisation des avis et synthèses de connaissances produits pour le ministère ou le ministre.

En somme, la capacité de documenter les impacts et la qualité des données utilisées sont des facteurs déterminants dans la réalisation des évaluations d'impacts sur la santé.

Enfin, pour répondre à la question du sous-comité concernant la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, il n'y a pas de coordination formelle entre les mesures relatives à l'article 54 et celles relatives à l'article 20 de la Loi sur la pauvreté, qui précise que chaque ministère doit signaler au gouvernement les propositions de nature législative ou réglementaire pouvant, à son avis, affecter le revenu de personnes qui vivent dans la pauvreté.

Par contre, c'est le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale créée en 2006, qui a un rôle de vigie par rapport aux politiques gouvernementales ayant des effets sur la pauvreté et l'exclusion sociale. La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion adoptée en décembre 2002 est une loi-cadre qui énonce les principes clés devant guider l'action gouvernementale.

En vertu de cette loi, en avril 2004, le ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale et de la famille a déposé le plan d'action gouvernemental en matière de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale.

Ce plan d'action a fait l'objet d'une étude de cas sur laquelle je reviendrai lors de la période de questions, si vous le souhaitez.

En conclusion, l'article 54 constitue certes un levier important pour favoriser le développement de politiques publiques favorables à la santé. Toutefois, bien qu'il s'agisse d'une mesure légale, dans les faits, l'article 54 a une portée plutôt incitative puisqu'aucune contrainte formelle ne s'applique à son non-respect. De façon générale, il y a un important travail de transfert et d'appropriation de connaissances à réaliser sur la problématique de l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, du ministère de la Santé et de l'Institut vers les ministères et organismes et en collaboration avec le milieu universitaire.

Cela concerne autant les déterminants de la santé et du bien-être, la réalisation des évaluations d'impact que la prise en considération de politiques réalisées par ailleurs.

Le président : Merci, madame Gagnon.

[English]

I was very interested in what you had to say and recognize that, from a public health point of view, Quebec is well ahead of the rest of Canada.

Is any feedback available between the population health status of people and the policies that combat poor health, such as poverty and sanitation for example? Is there any connectivity between the information you gather from a population experiencing poor health and the policies and measures implemented in the health care system or even more broadly from a social point of view to combat poor sanitation and housing, et cetera? We are looking for that type of information somewhere in Canada and I thought Quebec may be ahead of the rest of the country.

[Translation]

Ms. Gagnon: I am afraid that I am going to have to disappoint you as the passage and implementation of section 54, as part of the Public Health Act, is a relatively recent event: section 54 was only implemented in June 2002. The government is in the process of ensuring that it is respected in the various departments and organizations. It is still too early to evaluate the impact on population health.

The same is essentially true of the Act to Combat Poverty and Social Exclusion: As it was adopted in 2002, it too is fairly new. I do not have exact figures as to poverty levels in Quebec but thus far the focus has not so much been the impact of the legislation on population health, but, rather, the political and administrative machinery available to ensure that departments other than the MSSS give consideration to the impact of their activities on health and welfare.

We know that health determinants, such as the physical and social environment, have a more significant impact on population health than do factors such as the health care system.

The real aim of section 54 is, therefore, to ensure that other departments, such as the Department of Transport and Department of the Environment, think about how their activities impact upon population health. This is a challenge that has been with us for a number of years.

[English]

The Chair: To follow up on your response, Sweden is beginning to get connectivity between their pockets of poor health and the implementation of social programs such as you mentioned. Initially, you said there was not much connectivity, but in your answer you mentioned that planning relating to environment and sanitation in the communities must link with public health. If you are doing that, you are the first place in Canada to get public health approval for any kind of community or provincial program. Could you enlighten us on that?

[Traduction]

J'ai trouvé très intéressant ce que vous aviez à dire et je reconnais que du point de vue de la santé publique, le Québec a une avance marquée sur le reste du Canada.

Existe-t-il des données sur le lien qui pourrait exister entre l'état de santé de la population et les politiques pour lutter contre la mauvaise santé, notamment en matière de pauvreté et d'hygiène, par exemple? Y a-t-il un lien entre l'information que vous recueillez auprès d'une population en mauvaise santé et les politiques et mesures mises en œuvre dans le régime de soins de santé ou de façon encore plus générale du point de vue social pour lutter contre la mauvaise hygiène et de mauvais logements, et cetera.? Nous cherchons à obtenir ce type d'information quelque part au Canada et j'ai pensé que le Québec serait peut-être en avance par rapport au reste du pays à cet égard.

[Français]

Mme Gagnon : Malheureusement, je vais vous décevoir parce que dans un sens, l'adoption et la mise en œuvre de l'article 54, qui font partie de la Loi sur la santé publique, sont relativement récentes si on considère que l'article 54 a été mis en œuvre en juin 2002. On essaie de faire en sorte que l'article soit appliqué dans les différents ministères et organismes. Il est tôt pour voir les impacts des lois sur la population.

Dans le cas de la Loi sur la pauvreté, c'est un peu la même chose, dans le sens qu'ayant été adoptée en 2002, la loi est relativement récente. Je n'ai pas les taux exacts de pauvreté au Québec, mais en ce moment, on a moins regardé l'impact des lois en tant que tel sur la population, mais plutôt de quelle façon on pouvait arriver à l'intérieur de l'appareil politico-administratif, faire en sorte que les impacts sur la santé et le bien-être soient effectivement considérés par les autres ministères qui sont aussi souvent touchés par des ministères autres que celui de la santé.

On sait que les déterminants de la santé jouent beaucoup, comme l'environnement physique et l'environnement social jouent aussi, plus que le système de soins, un rôle important sur la santé des populations.

Alors, l'objectif de l'article 54 est vraiment d'arriver à faire en sorte que les autres ministères — le ministère des Transports et le ministère de l'Environnement — aient ce souci de considérer les impacts de leurs actions sur la santé. C'est un défi présent depuis plusieurs années.

[Traduction]

Le président : Pour donner suite à votre réponse, la Suède commence à faire le lien entre la portion de leur population en mauvaise santé et la mise en œuvre de programmes sociaux comme ceux que vous avez mentionnés. Initialement, vous avez dit qu'il n'y avait pas beaucoup de lien, mais dans votre réponse vous avez mentionné que lorsqu'on planifie l'environnement et l'hygiène dans les collectivités, il faut faire le lien avec la santé publique. Si c'est ce que vous faites, vous êtes le premier endroit au Canada où l'on obtient l'approbation de la santé publique pour un programme provincial ou communautaire. Pourriez-vous nous éclairer à cet égard?

[Translation]

Ms. Gagnon: Perhaps I misunderstood your question. When you talk about public health, I assume you mean public health stakeholders and their role in the process?

You are undoubtedly aware that public health in Quebec is structured differently than it is in other provinces. In recent years, public health has been built up centrally to a rather large degree, within the Public Health Branch at the department and at the Institut national de santé publique. At the regional level, there are public health branches, and locally, efforts are also underway to redefine the role of public health through health and social services centres.

As regards the application of section 54, the ministère de la Santé does indeed have close ties to stakeholders at the Institut national de la santé publique. The public health institutes play an important role in documenting all aspects of what we call "health impact assessments." They are defining a method to produce opinions and analyses as systematically as possible, to document the positive or negative impact that certain measures may have on health.

I do not know if that was the thrust of your question, but public health stakeholders play an important role in putting in place and developing policies that promote health.

Moreover, in an exploratory study conducted in 2006, we attempted, somewhat naively perhaps, to put together an inventory of public health initiatives based on policies that promote health, for the period from 1995 to 2005. Our study shows that most initiatives focused on environmental and lifestyle determinants. The stakeholders we met told us that in the years to come, greater emphasis should be placed on social determinants and that that aspect of social determinants was often difficult to document.

[English]

The Chair: Yes.

In the old days of medicine, there were fundamentally two determinants of health, genetic and environmental.

Now we talk about a dozen determinants of health, and we are making progress. Thank you for your answer.

Senator Eggleton: Just to follow up on that question, poverty is a major social determinant of health. There is a public health act attempting to follow a population health approach. There is an act to combat poverty and social exclusion. Obviously, poverty comes within the interest of both of those areas.

[Français]

Mme Gagnon : Je n'ai peut-être pas saisi le sens de votre question. Lorsque vous parlez de la santé publique, j'imagine que vous entendez les acteurs de santé publique et leur place dans le déroulement?

Vous savez probablement qu'au Québec, la santé publique est structurée différemment que dans les autres provinces. Au cours des dernières années, il y a eu une structuration assez forte de la santé publique au niveau central et à la Direction de la santé publique au ministère et à l'Institut national de santé publique également. Il y a aussi, au régional des directions de santé publique, et sur le plan local, on est aussi à redéfinir le rôle de la santé publique à travers des centres de santé et de services sociaux.

Pour l'application de l'article 54, le ministère de la Santé a effectivement des liens étroits avec les acteurs de l'Institut national de la santé publique. L'Institut de santé publique jouent un rôle important dans la documentation de tout l'aspect de ce qu'on appelle « des évaluations d'impact sur la santé ». Ce sont eux qui sont en train de définir une méthode pour produire des avis et des synthèses de la façon la plus systématique possible afin de documenter l'impact positif ou négatif que telle action pourrait avoir sur la santé.

Je ne sais pas si c'est dans ce sens que vous posiez votre question, mais les acteurs de santé publique ont un lien important dans toute cette mise en place et cet effort fait pour le développement de politiques favorables à la santé.

Par ailleurs, dans une étude exploratoire qu'on a menée en 2006, on a tenté, de façon un peu naïve, de faire l'inventaire des actions de santé publique en matière de politiques favorables à la santé pour la période de 1995 à 2005. Ce qui est ressorti de notre étude, c'est que la plupart des actions avaient été faites sur les déterminants de l'environnement et des habitudes de vie. Les acteurs qu'on a rencontrés nous ont dit que dans les prochaines années, il faudrait davantage mettre l'action sur les déterminants sociaux et que cet aspect des déterminants sociaux était souvent plus difficile à documenter.

[Traduction]

Le président : Oui.

En médecine, à l'époque, il y avait fondamentalement deux déterminants de la santé, le déterminant génétique et le déterminant environnemental.

Nous parlons maintenant d'une douzaine de déterminants de la santé, et nous faisons des progrès. Je vous remercie de votre réponse.

Le sénateur Eggleton : Pour revenir sur cette question, la pauvreté est un important déterminant social de la santé. Il y a une loi sur la santé publique qui tente de suivre une approche qui se fonde sur la santé de la population. Il y a une loi pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Manifestement, la pauvreté est une question qui relève de ces deux domaines.

While you say the economic departments do not seem to have much of an interest in public health or welfare concerns, quite obviously poverty is an economic issue as well.

How does all this get coordinated, or does it? Will it all be a happy coincidence that it comes together? Is there some coordination and where is it? Is there coordination from the top, at the cabinet level? Is there a political will to coordinate this?

[Translation]

Ms. Gagnon: You have raised several important questions. In my brief, I raised those aspects and I am going to come back to that. For starters, section 54 stipulates that departments must consult, but there are no real formal constraints. For the time being, the ministère de la Santé has chosen to use an incentive-based approach. It has selected three strategies: first, the impact assessment process within government, secondly, the creation of links with the Institut de santé publique to document knowledge about impact assessments, and thirdly, investments in research.

As regards the development of an intergovernmental process, I will go back to my brief, if I may. Various steps have been taken including the most important one which is closest to your question, and which is the creation of an interdepartmental committee called a network of respondents.

The ministère de la Santé created this network of respondents. The impact assessment guide is being developed. An outreach document on health determinants is also being published. If we focus on the network of respondents, on studies that have been conducted, we can say that the network of respondents from the departmental committee is variable. Of course it does seem that when they are closer to the deputy minister's office or the departmental secretariat, they have an easier time disseminating the information. The issue of turnover among the respondents involved remains. Most of the respondents questioned, although they did not have a formal mandate, did go to great lengths to distribute the information in their departments.

Moreover, links have been created between the team at the ministère de la Santé responsible for section 54 and the Executive Council to ensure that the evaluation grids are sent to the department when a draft memorandum or regulation is tabled. They indicate whether or not there is an impact on health. If the information has been taken into account, the evaluation grids are sent to the Ministère de la Santé so that it can take a look at the impact assessment process. I do not know if that answers your question.

Senator Pépin: Thank you, I am very happy that you have come. You were just talking about the impact. You say that there is a practical guide, and so on. If I understand correctly, the ministère de la Santé is in charge and provides that. Yet there

Vous dites que les départements d'économie ne semblent pas beaucoup s'intéresser aux questions de santé publique ou de bien-être, mais de toute évidence la pauvreté est une question économique également.

Comment se fait la coordination, ou est-ce qu'il se fait une coordination? Est-ce tout simplement une coïncidence heureuse si tout tombe en place? Y a-t-il une coordination, et où se fait-elle? Y a-t-il une coordination à l'échelle supérieure, au niveau du conseil des ministres? Y a-t-il une volonté politique de coordonner cela?

[Français]

Mme Gagnon : Vous soulevez plusieurs questions importantes. J'ai soulevé dans mon texte ces différents aspects et je vais y revenir. D'une part, l'article 54 dit que les autres ministères doivent consulter, mais il n'y a pas vraiment de contrainte formelle. Pour le moment, le ministère de la Santé a choisi d'y aller de façon incitative. Il a choisi trois stratégies : un, le processus d'évaluation d'impact dans l'appareil gouvernemental, deux, la formation de liens avec l'Institut de santé publique pour documenter l'aspect des connaissances sur les évaluations d'impact et trois, l'investissement dans la recherche.

En ce qui concerne le développement d'un processus intragouvernemental, je vais revenir à mon texte si vous le permettez. Différentes actions ont été entreprises dont la plus importante qui répond davantage à votre question, qui est la création d'un comité interministériel, qu'on appelle un réseau de répondants.

Le ministère de la Santé a donc créé un réseau de répondants. Il y a le l'élaboration d'un guide d'évaluation d'impact. Il y a aussi eu la publication d'un document de sensibilisation aux déterminants de la santé. Si on se concentre sur le réseau des répondants, sur les autres études qui ont été réalisées, on peut dire que leur participation est variable. Il semble bien entendu que lorsqu'ils sont plus près du bureau du sous-ministre ou du secrétariat du ministère, ils ont plus de facilités à faire passer l'information. Il y a toujours la question du roulement des répondants qui intervient. La plupart des répondants interrogés, bien qu'ils n'avaient pas de mandat formel, faisaient vraiment un effort pour faire circuler l'information dans leur ministère.

Par ailleurs, des liens ont été créés entre l'équipe responsable au ministère de la Santé de l'article 54 et le Secrétariat du conseil exécutif pour faire en sorte d'envoyer les grilles au ministère lorsqu'un projet de mémoire ou de règlement est déposé. On y indique si cela a un impact ou non sur la santé. Si ces informations ont été prises en compte, les grilles sont envoyées au ministère de la Santé pour que celui-ci puisse jeter un œil sur le processus d'évaluation d'impact. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Le sénateur Pépin : Je vous remercie, je suis très contente que vous soyez venue. Vous parlez justement de l'impact. Vous dites qu'il y a eu un guide pratique, et cetera. Au départ, si je comprends bien, le ministre de la Santé est le grand patron et c'est

seems to be an economic side. It seems that departments with an economic focus are having some difficulty coordinating their involvement in health.

You then told us that the practical guide does not contain formal constraints regarding assessments. I think section 54 is very good, but there seems to be a lack of coordination that means on the one hand, you have people who do want something for health, but for them, the issue is the absence of disease, not prevention. It is very difficult to reconcile the two. Has the government been able to create a group or a system to apply that? In Sweden, they began with regional groups, the government, and different aspects. Did Quebec do that before trying to coordinate, so that people on the economic side came on board and said: of course, we must spend or take action to prevent disease and poverty, and so on?

Ms. Gagnon: There were several parts to your question.

Senator Pêpin: There were very clear objectives.

Ms. Gagnon: For starters, section 54 clearly targets the provincial level first and foremost. Moreover, initiatives are underway in the regions, in Quebec, through the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, which was set up by the Public Health Agency of Canada. Efforts are underway to develop initiatives like that in the regions.

As regards the involvement of departments with more of an economic focus, I would not want to imply that nothing is being done. If we look at the policy, in other words the Act to Combat Poverty and Social Exclusion, I went over that part quickly. Several steps have been taken. An oversight committee has been created and includes participants from several departments including some with a social focus, but also some with an economic focus.

The ministère des Finances does not necessarily participate in this oversight committee, but there are nonetheless a number of diversified departments that do participate in it to assess the impact of the Act to Combat Poverty and Social Exclusion on an annual basis.

So there is that aspect. There is another point, for example, in the case studies we have done. I told you about what is being done at the ministère de l'Agriculture et des Pêcheries et de l'Alimentation, at the ministère de l'Emploi et de la Solidarité. We have taken a look at the work done at the Ministère de l'Environnement and at the ministère des Transports.

It is the same at the ministère des Transports; we know, par exemple, that the accident toll is a very important aspect. At the Ministère des Transports, health promotion work is being done with a view to reducing the accident toll.

lui qui donne cela. Par contre, il semble y avoir une vocation économique. Il semble que les ministères qui ont une vocation économique ont un peu de difficulté de coordination dans leur implication dans le domaine de la santé.

Vous nous avez ensuite dit que dans le guide pratique, il n'y avait pas de contrainte formelle sur le plan de l'évaluation. Je trouve que la proposition 54 est très bien, mais il semble y avoir un manque de coordination qui fait que vous avez, d'une part, les gens qui veulent bien avoir quelque chose pour la santé, mais pour eux, d'autre part, c'est l'absence de maladie contrairement à la prévention. C'est très difficile de faire concorder les deux. Le gouvernement a-t-il été capable de créer un groupe ou un système pour faire appliquer cela? En Suède, ils ont commencé avec des groupes régionaux, le gouvernement et différentes choses. Est-ce qu'au Québec, on a franchi cette étape avant d'essayer de coordonner, pour que les gens à vocation économique embarquent et disent : il est entendu qu'il faut qu'on dépense ou qu'on fasse telle action pour prévenir la maladie et la pauvreté, et cetera.

Mme Gagnon : Il y a plusieurs volets dans votre question.

Le sénateur Pêpin : Il y avait des objectifs très clairs.

Mme Gagnon : D'une part, il est certain que l'article 54 vise d'abord et avant tout le provincial. Par ailleurs, il y a des initiatives qui sont en cours dans les régions, au Québec, via le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, qui a été créé par l'Agence canadienne de santé publique. Des efforts sont en train de se faire pour développer de telles initiatives dans les régions.

En ce qui concerne l'implication des ministères davantage à vocation économique, je ne voudrais pas laisser l'idée que rien ne se fait. Si on regarde la politique, c'est-à-dire la Loi sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, j'ai passé rapidement sur cette partie. Il y a vraiment plusieurs étapes qui ont été franchies. Un comité de suivi a été créé dans lequel participent plusieurs ministères dont certains à vocation sociale, mais aussi certains ministères à vocation économique.

Le ministère des Finances ne participe pas nécessairement à ce comité de suivi, mais il y a quand même un ensemble de ministères diversifiés qui participent au comité de suivi pour faire le bilan sur la Loi sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de façon annuelle.

Il y a cet aspect. Un autre point est important, par exemple, dans les études de cas que nous avons faites. Je vous ai parlé de ce qui a été fait au ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité. On s'est intéressé aux travaux faits au ministère de l'Environnement et au ministère des Transports.

C'est la même chose au ministère des Transports; on sait, par exemple que le bilan routier est un aspect très important. Au ministère des Transports, il y a des choses qui se font en termes de promotion de la santé pour faire en sorte que le bilan routier s'améliore.

For example, an issue table was created in recent years, and the various public health stakeholders have participated. So we know that some very specific action has been taken in various sectors. It takes the shape of coordination tables and oversight committees involving departments from various sectors. In Quebec, not everything being done in terms of public health policy is strictly linked to section 54. It is important to emphasize that.

Senator Pépin: Various means have been used to reduce disparity and inequality in health, for vulnerable groups, including Aboriginal families, pregnant women, and immigrants. In Quebec, what would be the corner stone or the essential strategy for improving health and reducing disparity among the various groups?

Ms. Gagnon: That is a highly complex question.

Senator Pépin: In your view, is the government, namely through its projects, spending enough time looking at this aspect? Will this issue be considered, if it has not yet been studied?

Clearly, as you have said, the process has just begun. So we will have to wait a year or two for the results.

Ms. Gagnon: Public health stakeholders often refer to section 54 as a lever. That way, movement and interest in an issue is generated, which raises awareness in people outside the Ministère de la Santé. That is an important point.

Various public health stakeholders are attempting to systematically document impacts and to acquire to knowledge necessary to measure the impact of all actions on health. In fact, for departments, section 54 means changing the way they work. Departments are accustomed to using a vertical approach. We are now asking them to adopt a horizontal one.

This approach is already used in certain sectors where we work with issue tables and oversight committees. However, we cannot make issue tables mandatory. We must start with the practices that are already in place. For departments, that means changing the corporate culture.

A similar section was adopted in Switzerland, and it recently came into force. In the life of an institution, five years is hardly enough to measure impacts on health.

For our part, we have not focussed as much on health impacts as we have on ways of insuring that health becomes a frontline concern within government and the administration. Stakeholders in health should not bear the weight of these concerns alone, the others departments must do so too. This is more or less the process that we are attempting to understand in all its dimensions.

Par exemple, une table de concertation fut créée, au cours des dernières années, et les différents intervenants en santé publique y ont participé. On constate donc plusieurs actions concrètes dans les différents secteurs. Elles prennent la forme de tables de coordination et de comités de suivi auxquels prennent part les ministères de différents secteurs. Au Québec, tout ce qui se fait en matière de politique publique dans le domaine de la santé n'est pas strictement lié à l'article 54. Il est important de souligner ce point.

Le sénateur Pépin : Divers moyens ont été pris pour réduire la disparité et les inégalités, dans le domaine de la santé, envers certains groupes vulnérables, par exemple les familles autochtones, les femmes enceintes et les immigrants. Au Québec, quelle serait la pierre angulaire ou la stratégie essentielle pour améliorer la santé et réduire les disparités entre les différents groupes?

Mme Gagnon : Cette question est fort complexe.

Le sénateur Pépin : À votre avis, est-ce que le gouvernement, par le biais entre autres de ses projets, se penche suffisamment sur cet aspect? Est-ce que la question sera étudiée, si elle ne l'est pas encore?

Évidemment, comme vous dites, le processus vient de s'amorcer. On devra donc attendre un an ou deux avant de connaître les résultats.

Mme Gagnon : Les intervenants dans le domaine de la santé publique parlent souvent de l'article 54 comme d'un levier. En ce sens, il se crée un mouvement et un intérêt autour de la question, ce qui sensibilise la population à l'extérieur du ministère de la Santé. Ce point est important.

Les différents acteurs dans le domaine de la santé publique tentent de documenter, de façon systématique, les impacts et d'acquies les connaissances nécessaires pour mesurer l'effet de chaque action sur la santé. En fait, l'article 54 implique, pour les ministères, un changement dans leur façon de travailler. Ceux-ci sont habitués de travailler en silo. On leur demande maintenant de travailler de façon verticale.

Cette façon de faire se retrouve déjà dans certains secteurs où on travaille autour de tables de concertation et de comités de suivi. On ne peut toutefois pas décréter qu'une table de concertation est obligatoire. Il faut commencer avec les pratiques déjà en place. En ce sens, il y a tout un changement de culture à faire dans les ministères.

On a adopté un tel article en Suisse, et il est en application depuis peu. Cinq ans, dans la vie d'une institution, c'est bien peu pour mesurer l'impact sur la santé.

Pour notre part, nous ne nous sommes pas penchés autant sur les impacts sur la santé que sur la façon dont on pourrait faire en sorte que la santé devienne une préoccupation de première ligne dans l'appareil politique et administratif. Ce ne sont pas seulement les intervenants dans le domaine de la santé qui devraient porter le poids de cette préoccupation, mais aussi les autres ministères. C'est un peu ce processus que nous tentons de comprendre sous ses différentes dimensions.

The use of knowledge is fundamental. The knowledge is often enough available, however, it is not always used.

The work must be done in the medium and long term. Some public policy models require observing changes over a ten-year period. Consequently, I believe that it will take some time before we see the results.

Senator Pépin: Let's say that it is a wonderful opportunity.

Ms. Gagnon: Indeed.

[English]

Senator Callbeck: Thank you for coming here today. I wanted to ask about coordination. The minister, of course, is responsible. You mentioned many different committees, but with regard to the question on coordination, you mentioned interdepartmental committees. However, there is not a cabinet committee. Is that right?

Ms. Gagnon: No.

Senator Callbeck: Has any thought been given to that?

[Translation]

Ms. Gagnon: Unfortunately I have no way of knowing that. The current respondents committee is located within the Department of Health. The Executive Council Secretariat has closer ties with the Premier's Office. That is the level at which all of these actions take place. To my knowledge, there is no particular committee in charge of clause 54.

In Quebec, this type of provision is called an impact clause. There are many such impact clauses in Quebec. There is one on poverty and one on health. We also pay special attention to the regions and to economic development. We have quite a number of impact clauses.

We are taking a closer look at this issue so that the health impact assessment might become part of a more comprehensive framework. This entire movement, including the health impact study, arises out of the environmental impact study. There has been a trend in some European countries to integrate the health impact assessment with the environmental impact assessment and the social impact assessment in order to avoid duplication and to make the best use of the impact assessment resources.

With respect to clause 54, the ministère de la Santé takes the lead, along with stakeholders from the Institut national de santé publique.

[English]

Senator Callbeck: I wanted to ask you about those powers. It says that it gives the minister a power of initiative to issue proactive advice to other ministers in the aim of promoting health and supporting the adoption of policies that foster the health of the population.

L'utilisation des connaissances est fondamentale. Les connaissances sont souvent disponibles. Toutefois, elles ne sont pas toujours utilisées.

Le travail doit se faire à moyen et à long terme. Selon certains modèles de politique publique, on doit observer les changements sur une période de dix ans. Par conséquent, j'estime qu'il faudra quand même un certain temps avant de voir les résultats.

Le sénateur Pépin : Disons que c'est une bien belle fenêtre qui s'ouvre.

Mme Gagnon : En effet.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Merci d'être venue ici aujourd'hui. Je voulais vous poser une question au sujet de la coordination. Naturellement, le ministre est responsable. Vous avez mentionné de nombreux comités, mais en ce qui concerne la question de la coordination, vous avez mentionné les comités interministériels. Cependant, il n'y a pas de comité du Cabinet, n'est-ce pas?

Mme Gagnon : Non.

Le sénateur Callbeck : Y a-t-on déjà songé?

[Français]

Mme Gagnon : Je ne suis malheureusement pas dans le secret des dieux. Le comité de répondants existant est au niveau du ministère de la Santé. Les liens les plus étroits avec le cabinet du premier ministre se font par le biais du Secrétariat du conseil exécutif. C'est vraiment sur ce plan que des actions sont faites. À ma connaissance, il n'existe aucun comité—lié au bureau du premier ministre — en particulier chargé de l'article 54.

Au Québec, on appelle ce type d'article une clause d'impact. On retrouve au Québec plusieurs clauses d'impact. Il en existe une sur la santé et une sur la pauvreté. On porte aussi une attention particulière aux régions et au développement économique. On accumule donc les clauses d'impact.

Nous sommes d'ailleurs en train de nous pencher sur cette question afin de faire en sorte que l'évaluation d'impact sur la santé soit intégrée dans un cadre plus global. Tout ce mouvement, incluant l'évaluation d'impact sur la santé, vient de l'évaluation d'impact sur l'environnement. Dans certains pays européens, on a cherché à intégrer l'évaluation d'impact sur la santé à l'évaluation d'impact environnemental et l'évaluation d'impact social pour faire en sorte d'éviter de multiplier les efforts, de disperser les ressources liées à l'évaluation d'impact.

Pour ce qui est de l'article 54, le principal instigateur est le ministère de la Santé, avec des intervenants de l'Institut national de santé publique.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Je voulais vous parler de ces pouvoirs. On dit que cela donne au ministre un pouvoir d'initiative pour fournir des conseils proactifs à d'autres ministres en vue de promouvoir la santé et d'appuyer l'adoption de politiques qui font la promotion de la santé de la population.

Since the Public Health Act has come into force, how many times has the minister issued proactive advice? Do you have a rough estimate? Has it been several times?

[Translation]

Ms. Gagnon: According to the department data, there was an increase in the number of requests that were received and processed. There were some 40 requests in 2006-2007 compared to about 30 in previous years. This seems to be an increase in the number of requests and notices received by the department.

Unfortunately, I do not have all of the health department data. However, in our research, we are working closely with the health officials. According to the information that we have, there has been an increase in the requests and therefore a greater awareness among the other departments.

[English]

Senator Cochrane: My question begins with the Government of Quebec. What objectives and targets has the government set out with regard to population health? There must be targets. When this was established, you had objectives as to the direction, whether there was an evaluation method in place and indicators in order to be accurate as to what has been achieved over a period of time.

[Translation]

Ms. Gagnon: As I said, for clause 54, this is something that is starting to come together. You are no doubt well aware of the health and well-being policy that the Quebec government adopted in 1992; it involved a set of objectives, and was evaluated in 2005. It is essentially the health and well-being policy.

In this particular case, I would like to tell you that it is being implemented. However, I am just an outsider looking in. Eventually, the impact of this clause will be assessed, but at this point in time I do not think that any indicators have been defined. I believe that the impact of this provision on the health of populations will be assessed during a second phase, according to various sectors or various determinants.

[English]

Senator Cochrane: How long will it take before you are able to measure the results?

[Translation]

Ms. Gagnon: I cannot really tell you how many years, it might take another five or six, it all depends. I would be tempted to say that it depends on the initiatives that are implemented and policies that are adopted. I understand your concern, but at this point we are evaluating what has already been done. However, your comments are quite relevant. There will have to be an

De puis l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique, combien de fois le ministre a-t-il émis des conseils proactifs? En avez-vous une idée approximative? Est-ce que cela s'est produit à plusieurs reprises?

[Français]

Mme Gagnon : Certaines données du ministère de la Santé ont révélé une augmentation du nombre de demandes reçues et traitées. On parle d'une quarantaine de demandes en 2006-2007 comparées à une trentaine dans les années antérieures. Le nombre de demandes et d'avis auprès du ministère semble donc augmenter.

Malheureusement, je ne dispose pas de toutes les données du ministère de la Santé. Toutefois, dans le cadre de nos recherches, nous travaillons avec le ministère de la Santé. Selon les informations dont nous disposons, on constate une augmentation des demandes et par conséquent une plus grande sensibilisation de tous les autres ministères.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Ma question commence avec le gouvernement du Québec. Quels objectifs et quelles cibles le gouvernement a-t-il établis en ce qui a trait à la santé de la population? Il doit y avoir des objectifs. Lorsque cela a été établi, vous aviez des objectifs en matière d'orientation, soit qu'il y avait une méthode d'évaluation en place, des indicateurs pour savoir le plus exactement possible ce qui a été réalisé au cours d'une certaine période.

[Français]

Mme Gagnon : Comme je l'ai dit, l'article 54 est en train de se mettre en place. Vous connaissez sûrement la politique de santé et bien-être adoptée par le gouvernement du Québec en 1992, cette politique était centrée sur un ensemble d'objectifs; elle a été évaluée en 2005. C'est vraiment la politique santé et bien-être.

Dans le cas qui nous concerne, j'ai envie de vous dire que c'est en train de se mettre en place. Par contre, je tiens à préciser que j'observe ce qui se fait de l'extérieur. Éventuellement, on essaiera de mesurer les impacts de cet article, mais à ce moment-ci, je crois que l'on n'a pas encore défini d'indicateurs. Pour moi, il s'agit d'une deuxième étape pour voir les impacts de cet article sur la santé des populations dans différents secteurs ou en fonction des différents déterminants.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Combien faudra-t-il de temps avant que vous soyez en mesure d'évaluer les résultats?

[Français]

Mme Gagnon : Je suis un peu embêtée de vous donner un nombre d'années, peut-être que ce sera encore cinq autres années ou six, cela dépend. Je serais portée à vous dire que cela dépend des initiatives qui seront mises en place et des politiques qui seront adoptées. Je comprends votre souci, mais en ce moment, nous en sommes à l'étape de l'évaluation prospective. Par contre, ce que

evaluation made after the fact. Currently, we are looking ahead in order to improve the decision-making process down the line. We will have to examine the impact, but for the time being, I cannot tell you when we will be evaluating the outcome of clause 54.

As I said earlier, we must not forget, in relation to Quebec's public health system — which is structured — that there is a national public health program to define these objectives; but it is another opportunity to act in the area of the health of populations. We must understand that clause 54 is a special tool with specific objectives, but there is an entire other public health structure in Quebec. I believe that it was possible to apply clause 54 in Quebec because the province already has this public health structure which is different — and my colleague did more work in this area — than that of the other provinces.

[English]

The Chair: I would ask Ms. Bernier to proceed with her presentation.

[Translation]

Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor, University of Montreal: Mr. Chairman, it is an honour for me to be able to contribute to the work of the Senate Subcommittee on Population Health. Thank you for having invited me. I am an Assistant Professor of Research at the Université de Montréal School of Public Health. My training is as a political scientist, and I have become a specialist in the field of public policy analysis.

For a number of years now, my research has focused on public health policy analysis. I strive to understand what is involved in the transformation of public action with respect to population health, who are the people involved in effecting this transformation, why and how it occurs, and what the effects are. Therefore, it is a somewhat different approach than that of my colleague, whose work deals more specifically with clause 54.

This research enabled me to examine Canada's and Sweden's experience and also to get an idea of what is happening in other countries. My observations have also focused on three provinces: Ontario, Alberta and Quebec.

In this preliminary statement, I would like to tell you about the basics of what I have learned thus far from my research into public health policy. I will use very broad brush strokes, at the risk of over simplifying somewhat.

How have things changed? The transformation of public action as it affects population health is an international phenomenon that has surfaced in a number of heavily industrialized countries over the past two to three decades. Since the end of the 1970s, public action on population health has two key features. First, national governments got involved in health promotion and in developing a central national policy on population health. There is a long tradition of local and territorial public action in the field of public health, but health promotion

vous soulevez est tout à fait pertinent. Il faudrait faire, après, l'évaluation rétrospective. Présentement, nous sommes centrés sur l'évaluation prospective pour améliorer en amont du processus décisionnel. Il faudra voir les impacts, mais pour le moment, je ne suis pas en mesure de vous dire à quel moment on compte faire l'évaluation des retombées de l'article 54.

Comme je vous l'ai mentionné tantôt, il faut avoir en tête que la santé publique au Québec est structurée différemment. Il y a le programme national de santé publique qui définit des objectifs; mais c'est une autre porte d'entrée pour intervenir sur la santé des populations. Il faut bien comprendre que l'article 54 est un outil particulier qui vise des objectifs déterminés, mais il y a toute une autre structure de la santé publique qui existe au Québec. Je pense que l'article 54 a pu être adopté au Québec parce qu'il y avait cette structure de santé publique qui est différente c'est ma collègue qui a davantage travaillé sur cet aspect et sur la structure de santé des autres provinces.

[Traduction]

Le président : Je demanderais à Mme Bernier de nous présenter son exposé.

[Français]

Nicole Bernier, PhD, professeure adjointe, Université de Montréal : Monsieur le président, c'est un honneur pour moi de contribuer aux travaux du Sous-comité sur la santé de la population. Merci de m'avoir invitée. J'occupe un poste de professeure adjointe de recherche à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Je suis politologue de formation, spécialisée en analyse des politiques publiques.

Depuis quelques années, mes recherches ont porté sur les politiques de santé publique. Je m'efforce de comprendre en quoi consiste la transformation de l'action publique à l'égard de la santé de la population, qui sont les acteurs impliqués, pourquoi et comment cette transformation se produit et qui sont les gagnants et perdants. Donc, c'est une approche différente, dans une autre optique de celle de ma collègue, qui porte plus spécifiquement sur l'article 54.

Ces recherches m'ont permis d'examiner l'expérience du Canada et de la Suède et d'avoir une idée de ce qui se fait dans d'autres pays. Mes observations ont porté également sur trois provinces : l'Ontario, l'Alberta et le Québec.

Dans cette déclaration préliminaire, je souhaite vous communiquer l'essentiel de ce que j'ai appris de mes recherches. J'y vais à très grands traits au risque de simplifier un peu rondement.

En quoi consiste le changement? La transformation de l'action publique à l'égard de la santé de la population est un phénomène international touchant plusieurs pays fortement industrialisés depuis deux à trois décennies. Depuis la fin des années 1970, on voit deux nouveautés de l'action publique à l'égard de la santé de la population. D'abord, les gouvernements nationaux s'impliquent dans le domaine de la promotion de la santé et développe une politique centrale touchant à la santé de la population. Il existe une longue tradition d'actions publiques

was introduced late in national welfare state public programs following the war. Then, at least in terms of the official line, health became everybody's business. All government departments and no longer simply departments of health are responsible for public health. Those are the two new aspects.

And who is involved? There are many, but those involved in this transformation have been, first of all, the central public authorities themselves. The main dynamic is a top-down process, to use an English term. What I mean is that the national governments took on an official mission to improve population health through multisectoral public health action. Nowhere was there a mass mobilization asking national governments to develop public programs to address the social determinants of health and to find solutions. However, there was a secondary grassroots type of dynamic, but only among government and professional organizations. Local and regional governments are asking the national authorities for a national intervention framework. They feel that a national form of public action would be a way of dealing with the problems that have arisen from geographically limited public action, for example, the fact that some public health programs and services are available in one region but not in another, which gives rise to inconsistent public action. By demanding standards from the central government, some regional governments hope to be able to remedy these territorial inequalities. But it is always a very sensitive matter for a national government to impose national standards on all regions and sophisticated ways of doing so are required.

Central governments will have to find sophisticated ways of doing so. Also, an international movement of health care professionals in the world of academic research can be considered as stakeholders supporting central governments in the area of public health.

Likewise, international agencies are involved with national governments in a self-reinforcing and mutually influential interactive dynamic. The World Health Organization (WHO) comes immediately to mind, but one must not forget the influence of other agencies like the OECD, the IMF and the World Bank, which are also international public health stakeholders. An important thing to remember is that national governments are the initiators and catalysts of the change in direction in public health policies.

Now, why has government action to address population health and the social determinants of health at a given point in the history of modern welfare states become a common concern in many highly industrialized countries? It is no accident that the concerns of national authorities have arisen precisely when highly industrialized governments were striving to implement systematic ways of controlling growth in public spending.

The beginning of a process of national government disengagement vis-à-vis health and welfare and the crumbling of their legitimacy and authority are the key reasons to explain this.

locales et territoriales dans le domaine de la santé publique, mais la promotion de la santé fait bien tardivement son entrée dans la programmation publique des États providences nationaux d'après-guerre. Ensuite, au niveau officiel du moins, la santé devient l'affaire de tous. Tous les ministères et plus seulement celui de la santé sont responsables de la santé publique. Voilà pour les deux nouveautés.

Qui sont les acteurs? Il y a plusieurs acteurs, mais les autorités publiques nationales sont l'acteur principal. La dynamique principale de mise à l'agenda va du haut vers le bas, c'est un top-down process, en bon français. C'est-à-dire que ce sont les gouvernements nationaux, qui se donnent eux-mêmes pour mission officielle d'améliorer la santé de la population par le biais d'une politique publique sanitaire multisectorielle. Nulle part, n'a-t-on affaire à une mobilisation populaire pour exiger que les gouvernements reconnaissent les déterminants sociaux de la santé comme un problème public et qu'ils conçoivent des solutions. Par contre, il y a une dynamique secondaire du bas vers le haut, mais seulement dans les sphères gouvernementales et professionnelles. Des gouvernements locaux et régionaux réclament un cadre national d'intervention. Ils voient dans l'action publique nationale une façon de pallier des problèmes résultant d'une action publique territorialisée. Par exemple, certains programmes et services de santé publique sont disponibles dans une région et pas dans une autre, ce qui donne lieu à une action publique non uniforme. En réclamant des normes du gouvernement central, les régions espèrent remédier aux inégalités territoriales, mais il est délicat pour les gouvernements centraux d'imposer, en retour, des normes centrales à l'ensemble des régions, certaines étant relativement puissantes.

Les gouvernements centraux doivent donc déployer des moyens sophistiqués. De même, un mouvement international de professionnels en santé et les milieux de la recherche universitaire peuvent être considérés comme des acteurs appuyant l'action des gouvernements centraux en santé publique.

Enfin, des organismes internationaux sont également impliqués dans une dynamique, qui est interactive d'influence et de renforcement mutuel avec les gouvernements centraux. On pense, bien sûr, à l'OMS. Cela dit, d'autres acteurs comme l'OCDE, le FMI et la Banque mondiale sont aussi des acteurs. Il importe de retenir que même si plusieurs acteurs participent à la mise à l'agenda et au processus d'élaboration des politiques, les gouvernements nationaux sont les initiateurs et les catalyseurs du changement d'orientation.

Pourquoi ce phénomène? Pourquoi les déterminants sociaux de la santé deviennent-ils à un point donné de l'histoire des États providences une préoccupation de plusieurs pays? Ce n'est pas par hasard si les préoccupations des gouvernements nationaux se sont manifestées au moment même où ils visaient à mettre en œuvre des moyens systématiques pour contrôler les dépenses publiques.

Le désengagement des gouvernements centraux en matière de financement de la protection sociale et l'effritement de leur légitimité et de leur autorité sont des éléments clés de l'explication.

These major transformations created a specific form of political dynamics characterized by increased tensions in the field of health services, including tensions between medical authorities and the State. For some groups, the growth of public health provided new opportunities to improve and consolidate their professional position. This is clearly the case for nurses. Greater strength for certain occupational groups within the health sector as diluted the power of medical associations and contributed to a relative strengthening of the position of the State.

Clearly, the attention paid to social health determinants represents a governance tool ensuring that the public health system continues to work despite tensions that are exacerbated by reduced financing strategies. In the same vein, this disengagement poses questions as to the legitimacy of governments while efforts to promote health based on the social marketing of good lifestyles are highly valued by public authorities, it is not because they are particularly effective. It is rather because such efforts allow public authorities to refurbish their legitimacy. They offer a high level of electoral visibility at low cost.

As for the other levels of government, the financial disengagement of national governments was manifested, as we know, by an administrative decentralization giving sub-national governments responsibilities for service delivery. Whereas national governments were reducing their contributions to public health and protection, they were finding it difficult to continue imposing their authority. With reduced financing, there was a need for national governments to find new ways to underscore their political authority over sub-national governments.

In sum, why this phenomenon? National public health policies make it possible to reduce the tensions associated with the financial disengagement of central governments. They allow them to reaffirm their legitimacy and authority at a time when they are profoundly redefining their role in social protection and health.

How did this phenomenon occur? How have the official policies manifested themselves thus far? In three ways: first of all, through the development of an official line of expertise based on a broad national strategy; the development of new population health data bases through the creation of national research infrastructures and the development of a community of social health determinant researchers.

Second, through coordination. This involves the main policy stakeholders: provinces, political parties, unions, employers and occupational groups, depending on the context, in large national forums. These forums generally extend over several years. The process involves major national forums to negotiate the objectives of public health, but they usually forget to prescribe ways of achieving these objectives. The coordination process also involves

Ce désengagement a créé une dynamique politique particulière caractérisée par des tensions accrues dans le domaine des services sanitaires notamment entre le pouvoir médical et l'État. L'essor de la santé publique a représenté pour certains groupes professionnels du secteur sanitaire de nouvelles occasions d'améliorer leur position. On pense aux infirmières qui se sont professionnalisées et qui ont accru leur pouvoir. Le renforcement des groupes professionnels est un instrument politique ayant permis au gouvernement de diluer le pouvoir des associations médicales et de contribuer au renforcement relatif de leur propre position comme acteur de la politique de santé.

En clair, l'attention portée aux déterminants sociaux de la santé représente un outil de gouvernance faisant en sorte que le système de soins de santé continue de fonctionner en dépit des tensions exacerbées par des politiques budgétaires restrictives. Dans le même ordre d'idées, le désengagement est venu poser des questions de légitimité gouvernementale. Si les efforts de promotion de la santé axés sur le marketing social des bonnes habitudes de vie sont très prisés par les autorités publiques, ce n'est pas parce qu'ils sont particulièrement efficaces. C'est plutôt parce que de tels efforts permettent aux autorités publiques de rehausser leur légitimité. Elles offrent une forte visibilité électorale à faible coût.

Vis-à-vis des autres paliers administratifs, le désengagement financier des gouvernements nationaux s'est manifesté, comme on le sait, par une décentralisation administrative déléguant à des autorités publiques subnationales des responsabilités en matière de provision des services. Alors que les gouvernements nationaux réduisaient leur contribution relative à la protection sociale et sanitaire, il leur devenait difficile de continuer à imposer leur autorité. Avec un financement réduit, elle surgit la nécessité pour les gouvernements centraux de déployer des moyens comme les politiques de santé des populations pour rehausser leur autorité politique vis-à-vis des autres paliers.

En résumé, pourquoi ce phénomène? Les politiques nationales de santé publique permettent d'atténuer les tensions associées au processus de désengagement financier des gouvernements centraux. Elles leur permettent d'affirmer leur légitimité et leur autorité alors qu'ils redéfinissent profondément le rôle dans la protection sociale et sanitaire.

Comment ce phénomène se produit-il? Comment les politiques officielles se sont-elles concrétisées jusqu'ici? De trois façons : premièrement, par la construction d'un discours officiel expert. Celui-ci s'appuie sur une stratégie nationale d'envergure; constitution de nouvelles bases de données sur la santé de la population par la mise en place d'infrastructures nationales de recherche et constitution de communautés de chercheurs sur les déterminants sociaux de la santé.

Deuxièmement, par la concertation. Celle-ci se fait auprès des principaux acteurs politiques : provinces, partis politiques, syndicats, patronat, groupes professionnels selon le contexte dans de grands forums nationaux. Ces forums s'étendent souvent sur plusieurs années. On y négocie les objectifs de santé publique, mais on oublie le plus souvent de prescrire les moyens de les atteindre. La concertation se fait aussi par le biais de

representation from the health sector vis-à-vis other departments. We see it here in the case of section 54. The health sector brings in other departments and has them review their role as it relates to public health, thereby contributing to the dissemination of the health standard throughout all government activities.

Third is the institutionalization of standards within the machinery of government. For example, the establishment of public health agencies in Sweden in 1992 or agencies that promote concerted action on the social determinants of health and policies to promote health in Canada, in 2004. It can also be effected through legislation, in Quebec and Sweden, for example, those factors in public health in areas of intervention other than health. Lastly, it can be effected through the introduction of new government management technologies such as impact assessments of health and the strengthening of a decision standard surrounding the adoption of legislation and programs that are supported or often justified by convincing data.

In short, to answer the question as to how this is done, government action on the social determinants of health has to date been mainly an official-expert line that is solidly supported by the scientific community and widely disseminated to the major policy players and other areas of intervention. Concrete action can be summarized as the development of an official, expert line on population health, a vast coordination process with all the political stakeholders, and the institutionalization within the machinery of government of standards for public action on the social determinants of health.

Who are the winners and who are the losers in this? We will not talk about the interests of the central governments, which have already been discussed. Such a policy has genuine repercussions on the positioning of the policy players, and the health sector gains legitimacy in relation to other areas of intervention. This is because making a multisectoral vision of public health a reality requires that the actions of all departments become subordinate to public health standards and to health impact assessments.

The health standard requires special status in government programs by taking precedence over competing government standards and helping to strengthen the position of health policy players in relation to other policy-makers. Major social problems such as unemployment, poverty or social exclusion are virtually re-expressed in health terms and broken down into micro-problems by a technical and scientific bureaucracy for health. The ability to mobilize data and articulate traditional social problems in terms of their effects on public health becomes an essential ingredient in negotiating those in government between departments and administrative levels and in the social sphere between the government, unions, employers and NGOs, for example.

The players who are in the best position to translate social issues into health terms most often come from the health sector itself. Clearly, beyond the national authorities — compared to infranational authorities — the winners are the players in the

représentation du secteur sanitaire auprès des autres ministères. On le voit ici dans le cas de l'article 54. Le secteur sanitaire amène les autres ministères à voir leur rôle en lien avec la santé publique contribuant à diffuser la norme sanitaire dans l'ensemble des activités de l'État.

Troisièmement, par l'institutionnalisation des normes dans l'État. Par exemple, la constitution d'agences de santé publique en Suède, en 1992, ou d'agences promouvant la concertation sur les déterminants sociaux de la santé et les politiques favorables à la santé Canada, en 2004. Ou encore, l'adoption de législation au Québec et en Suède visant une prise en compte de la santé publique par les secteurs d'interventions autres que la santé. Ou encore, par l'introduction de nouvelles technologies de gestion publique. Pensons aux évaluations d'impacts sur la santé et au renforcement d'une norme de prise de décision entourant l'adoption des législations justifiées par des données probantes.

Bref, pour répondre au comment, l'action publique sur les déterminants sociaux de la santé c'est jusqu'ici avant tout un discours officiel expert appuyé par la communauté scientifique et largement diffusé auprès des grands acteurs politiques et des autres secteurs d'intervention. L'action concrète se résume au développement d'un discours officiel expert sur la santé de la population à un vaste processus de concertation avec l'ensemble des acteurs politiques et à l'institutionnalisation dans l'appareil étatique des normes associées à l'action publique sur les déterminants sociaux de la santé.

Qui y gagne et qui y perd? On ne reviendra pas sur l'intérêt des gouvernements centraux déjà discutés. Cette politique publique a des répercussions sur le positionnement des acteurs politiques et la santé gagne en légitimité par rapport aux autres secteurs. Car la concrétisation d'une vision de santé publique multisectorielle implique que l'activité de l'ensemble des ministères devienne subordonnée à des normes de santé publique.

La norme sanitaire atteint un statut particulier dans la programmation publique s'imposant aux normes concurrentes de l'administration et contribuant à renforcer la position des acteurs du réseau de la politique sanitaire, car les grands problèmes sociaux comme le chômage, la pauvreté ou l'exclusion sociale sont peu à peu reformulés en termes sanitaires et découpés en microproblèmes par une nouvelle bureaucratie technoscientifique en santé. La capacité de mobiliser des données et d'articuler des problématiques sociales traditionnelles en termes d'effets sur la santé publique devient une commodité indispensable pour la négociation tant dans l'administration publique entre ministères et paliers administratifs que dans la sphère sociétale entre l'État, les syndicats, le patronat et les ONG par exemple.

Les acteurs les mieux positionnés pour traduire des problématiques sociales en termes sanitaires proviennent évidemment du secteur de la santé. Il est clair que, outre les autorités nationales — par rapport aux autorités

health sector. The losers are groups in society whose social resources did not enable them to describe their social problems using the language of the social determinants of health.

In conclusion, I would like to draw the members' attention to the symbolic aspects of public policy due to the social determinants of health. Despite official initiatives and the major efforts undertaken, I do not think these policies will be implemented effectively, or even that their objective is to improve population health. I say this for the reasons I have just mentioned and which I could develop.

Beyond compliance with standards on public policy by all of the political players, a genuine implementation of public programming geared to the social determinants of health is extremely complex, if not impossible, even when the standards are institutionalized, as they are in Quebec and Sweden. An approach of this type involves a significant transfer of resources and authority between the intervention sectors and the administrative levels.

I wanted to give you my general observations. I am sure that during our discussion, I will be able to highlight some of the aspects that interest you in particular.

[English]

The Chair: Thank you very much, Ms. Bernier. You raise some very important issues. Are you satisfied that you are capable of measuring population health and that your measurements are proper?

[Translation]

Ms. Bernier: We would have to see what epidemiologists would have to say in this regard. Social epidemiology is the science that might have the answers to the questions that seem to be of concern to the committee — namely the question as to whether these policies work.

I think these policies are so broad that their effects are diffuse, and I do not know either how or when they could be measured. However, if there were some social epidemiologists here, they might tell you something different. I do not want to answer for them. It is a little like asking what impact Keynesianism and liberal policies have had on population health. The effects are so diffuse that I do not see how we could someday come up with an answer that everyone would find clear and satisfactory.

[English]

The Chair: I have always thought that Quebec was in the ideal position to establish a health system on a population health basis because a number of years ago they established the CLSCs. Perhaps they have not been used adequately as research tools, but certainly you have CLSCs in downtown Montreal where the people are rich and healthy. You have CLSCs in parts of rural Quebec where people are poor and unhealthy. It would seem to

infranationales —, les gagnants sont les acteurs du secteur sanitaire. Les perdants sont les groupes de la société dont les ressources ne permettent pas d'inscrire les problématiques sociales qu'ils défendent dans le langage des déterminants sociaux de la santé.

Pour conclure, je souhaite attirer l'attention des membres de ce sous-comité sur les aspects symboliques des politiques publiques orientées vers les déterminants sociaux de la santé. En dépit des initiatives officielles et des grands moyens déployés, je ne crois pas que ces politiques se destinent à une mise en œuvre effective ni même que leur raison d'être est d'améliorer la santé de la population, pour les raisons que je viens d'évoquer et que je pourrai préciser.

Au-delà de l'adhésion, par l'ensemble des acteurs politiques, à des normes guidant l'action publique, la mise en œuvre véritable d'une programmation publique orientée vers les déterminants sociaux de la santé est hautement complexe, sinon irréalisable, même lorsque les normes sont institutionnalisées comme au Québec et en Suède. Une telle approche implique un transfert important de ressources et d'autorité entre les secteurs d'intervention et les paliers administratifs.

J'ai voulu vous faire part de quelques observations générales. Je suis certaine que nos échanges vont permettre d'éclaircir les aspects qui vous intéressent plus particulièrement.

[Traduction]

Le président : Merci beaucoup, madame Bernier. Vous soulevez des questions très importantes. Êtes-vous convaincue que vous êtes en mesure d'évaluer la santé de la population et que vos évaluations sont adéquates?

[Français]

Mme Bernier : Il faudrait voir ce que les épidémiologistes diraient à ce sujet. L'épidémiologie sociale est la science qui pourrait peut-être avoir les réponses aux questions qui semblent préoccuper le comité, à savoir si ces politiques fonctionnent.

Je crois que ces politiques sont tellement larges que les effets sont diffus et je ne sais ni quand ni comment on pourrait les mesurer. Maintenant, s'il y avait des épidémiologistes sociaux ici, ils tiendraient peut-être un autre discours. Je ne veux pas répondre à leur place. C'est comme demander quel a été l'impact du keynésianisme et des politiques libérales sur la santé de la population. Les effets sont tellement diffus que je ne vois pas comment on parviendra un jour à répondre à cette question de façon claire et satisfaisante pour tout le monde.

[Traduction]

Le président : J'ai toujours pensé que le Québec était dans la position idéale pour mettre en place un régime de soins de santé en se fondant sur la santé de la population parce qu'il y a un certain nombre d'années il avait créé les CLSC. Peut-être que ces derniers n'ont pas été utilisés adéquatement comme outils de recherche, mais vous avez certainement des CLSC au centre-ville de Montréal où les gens sont riches et en santé. Vous avez des

me that if the public health agency could harness the CLSCs as a research and implementation tool we could get some hard measurements. I do not know which one of you would care to wade into that, but maybe both of you.

[Translation]

Ms. Bernier: I have nothing to add regarding the measures. You mentioned the CLSCs. The interesting thing about the Quebec policy, which is unique in Canada, is the relative integration of social policy with health policy. As you know, in Quebec, we have a department of health and social services. That created a special dynamic for policy development. The policy is already incorporated into this department. There are two areas of activity within the department, but this has been crucial to the development of the policy we have today.

I am going to go off track a little, but I will do so in an effort to respond to your concerns. Many questions have been asked about the links between the anti-poverty policies, the Public Health Act and public health programming. What you should know is that the Act to Combat Poverty and Social Exclusion in Quebec already promotes health to a significant extent. It was designed with that in mind. The person who ran the department of employment and social solidarity at the time was none other than Dr. Jean Rochon, who was a public health expert. Since there was a social movement in Quebec, he wanted to implement an act to fight poverty and social exclusion. The social movement existed, but the public health players were crucial in developing this legislation. For example, there was a regional public health branch that piloted the research that led to the legislation to fight poverty and social exclusion. So the links have already been established, both by the CLSCs and by the networks.

I would like to make one final point about integration. Since the public health program was introduced in the mid-70s at Laval University and the Université de Montréal, they have trained between 700 and 800 public health professionals who work in government and are located throughout the various departments. So they have a genuine impact on public programming in Canada, not just in the health field.

That is what I meant to say with regard to integration; it holds true for local community service centres, but it also applies to the department, and generally speaking to Quebec's social policy.

Ms. Gagnon: I think we are going in the same direction with regard to the measures. We must consider the actual measures taken under these policies.

As my colleague said, it is very important to remember that the Act to Combat Poverty and Social Exclusion was born of a social movement which began in 1998, and at the time, it was the former

CLSC dans des régions rurales du Québec où les gens sont pauvres et en mauvaise santé. Il me semble que si l'Agence de la santé publique pouvait utiliser les CLSC comme un outil de recherche et de mise en œuvre, nous pourrions obtenir de bonnes évaluations fermes. Je ne sais pas laquelle d'entre vous souhaite s'aventurer et répondre à cette question, peut-être les deux.

[Français]

Mme Bernier : Je n'ai rien à ajouter en ce qui concerne les mesures. Vous mentionnez les CLSC. Ce qui est intéressant de la politique québécoise et qui est unique au Canada, c'est l'intégration relative de la politique sociale avec la politique sanitaire. Vous savez qu'au Québec, on a un ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela crée une dynamique particulière pour l'élaboration des politiques. La politique est déjà intégrée dans ce ministère. Il y a deux courants dans le ministère, mais cela a été d'une importance capitale pour le développement de la politique qu'on a aujourd'hui.

Je vais un peu dévier, mais en essayant de répondre à vos préoccupations. On a beaucoup demandé quels étaient les liens entre les politiques de lutte à la pauvreté, la Loi sur la santé publique et la programmation en santé publique. Ce que vous devez savoir, c'est que la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, au Québec, est déjà, en bonne partie, une politique favorable à la santé. Elle a été conçue dans cet esprit. La personne qui dirigeait le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, à l'époque, n'était nulle autre que le Dr Jean Rochon, qui était un expert de santé publique, et qui, vu qu'il y avait un mouvement social au Québec, voulait mettre en œuvre une Loi de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il y avait ce mouvement social qui était là, mais les acteurs de santé publique ont été des acteurs cruciaux dans l'élaboration de cette loi. Notamment, c'est une direction régionale de santé publique qui a piloté les dossiers de recherche menant à la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Donc, les liens sont déjà établis, tant par les CLSC que par les réseaux.

Je voudrais mentionner une dernière chose par rapport à l'intégration. L'Université Laval et l'Université de Montréal, depuis la mise en place de leur programme de santé publique à partir du milieu des années 1970, ont formé 700 à 800 professionnels de santé publique qui travaillent dans l'administration publique et qui se retrouvent dans différents ministères, donc qui ont une influence réelle sur la programmation publique au Québec, pas seulement en santé.

C'est ce que je voulais dire par rapport à l'intégration, c'est vrai dans les CLSC, mais c'est aussi vrai dans le ministère, et dans la politique sociale québécoise, plus généralement.

Mme Gagnon : Je pense qu'on va dans la même direction concernant la question des mesures. Il faut considérer les mesures des politiques en tant que telles.

Comme ma collègue le disait, il est très important de soulever que la question de l'émergence de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale vient vraiment d'un mouvement

Minister of Health, who was with the Ministry of Employment and Social Solidarity.

In the course of our case study, we realized that not only was the Minister of Health involved, but also a former deputy minister of health and a person who worked in health promotion, and that all of these people were already aware of the situation. So this would have made a difference. These are the people who carried the issue forward, because you can well imagine the first reaction people would have to a minister tabling a bill born of the efforts of many people wanting to fight poverty. Then the minister must sell the bill to his colleagues and convince them of the merits of fighting poverty through legislation. There were negotiations between all the people behind the bill and the department, which led to a compromise that eventually allowed the bill to be tabled.

With time, the act became operational. At the beginning, it was a strategy. It then became an act and a plan of action. When the time came to develop the plan of action, people disagreed about the types of measures to be taken. On the one hand were those who believed that it should be an economic approach focused on the short-term integration of people into the labour market, and on the other hand were people who believed it should be a social approach focused on training people to help them overcome chronic, long-term poverty. The measures which were adopted focused on the short term. Therefore, it is important to know whether these measures were indeed effective.

[English]

The Chair: Senator Pépin wants to leave, but before she does, I want to follow this up. Both your presentations were very interesting. However, it is a very interesting phenomenon because politicians do not seem to be afraid to talk about health equity — that is, equal health for all. Nobody would dare talk about financial equity — not since Joseph Stalin, right. I believe the social conscience of the whole country is dedicated to relief of poverty, and that kind of thing, but financial equity will not occur.

However, health equity may be an achievable goal. I was fascinated, Ms. Bernier, when you were speaking. You said that because there has been such an emphasis on health, some of the other departments are getting a bit tired of hearing about it; that there is too much emphasis on it; and that there should be more emphasis on some of the other things.

I would think that certainly in the province of Quebec, with the organization you have as well as I know it — and I do not know it anything like you two do, but I know about it — you certainly have the medical infrastructure to address health equity. How far down the road are you in doing this? I know also that you have some terrible pockets of ill health in the province.

social qui remonte à 1998 et, à ce moment-là, c'était l'ancien ministre de la Santé, qui était alors au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Lorsqu'on a mené notre étude de cas, on s'est aperçu qu'il n'y avait pas seulement le ministre de la Santé, mais aussi un ancien sous-ministre de la Santé et une personne qui venait de la promotion de la santé et que toutes ces personnes étaient déjà sensibilisées à ce dossier. On peut penser que c'est ce qui a fait une différence. Ce sont eux qui ont porté le dossier parce qu'à la première réaction, c'est certain que, et vous pouvez-vous imaginer, lorsqu'un ministre se fait déposer un projet de loi par un collectif pour lutter contre la pauvreté et qu'il va vers ses collègues des autres ministères, il doit convaincre ses collègues de ce projet de loi de lutte contre la pauvreté. Il y a eu une négociation entre le collectif qui avait déposé le projet de loi et le ministère pour en venir à faire des compromis afin que le projet de loi soit accepté.

Quand on continue vraiment dans le temps, cette loi est devenue opérationnelle. Au début, c'était une stratégie. C'est devenu par la suite une loi et un plan d'action. Lorsque le temps est venu d'élaborer le plan d'action, il y a eu des confrontations sur le type de mesures, à savoir, si c'était une vision économique où l'on voulait intégrer à court terme les gens sur le marché du travail ou une vision plus sociale où il faudrait former ces gens pour faire en sorte d'éviter le piège de la dépendance de la pauvreté de façon constante et pas juste à court terme. Les mesures qu'on a adoptées visent plus le court terme. Cela veut dire que dans ce sens, toute la préoccupation d'efficacité de ces mesures est effectivement importante.

[Traduction]

Le président : Le sénateur Pépin veut partir, mais avant, je voudrais faire un suivi. Vos deux exposés étaient très intéressants. Cependant, c'est un phénomène très intéressant, car les hommes et les femmes politiques ne semblent pas avoir peur de parler de l'équité en matière de santé — c'est-à-dire l'égalité pour tous en matière de santé. Personne n'oserait parler d'équité financière — pas depuis Joseph Staline, en effet. Je crois que la conscience sociale de tout le pays est consacrée à l'allègement de la pauvreté et à ce genre de choses, mais l'équité financière ne se produira pas.

Toutefois, il est peut-être possible d'assurer l'équité en matière de santé. J'étais fasciné, madame Bernier, de vous entendre parler. Vous avez dit qu'on a accordé tellement d'importance à la santé que d'autres ministères commencent à en avoir assez d'en entendre parler; qu'on y accorde trop d'importance et qu'il faudrait s'intéresser davantage à d'autres dossiers.

J'aurais cru qu'en tout cas au Québec, avec l'organisation que vous avez, d'après ce que j'en sais — et je suis loin d'en savoir autant que vous, mais j'en ai entendu parler — vous deviez avoir l'infrastructure médicale qu'il faut pour assurer l'équité en matière de santé. Jusqu'où êtes-vous allés dans cette voie? Je sais également que vous avez des îlots où l'état de santé de la population est épouvantable.

Apart from the policies up there at 30,000 feet, what is happening on the ground at a CLSC that happens to be a pocket of very ill health — that is, bad maternal health, bad early childhood development and that kind of thing?

[Translation]

Ms. Bernier: I am afraid I cannot answer your question because that is not my area of expertise, so I can only talk about maternal or infant health in very general terms, which is not what is being discussed here today. I did not say that the other departments are sick of having to meet the health standard. That is not at all where I was going. The health standard is also applied to other sectors. It reflects a profound change in the approach taken by the welfare state, where health is becoming a much more important sector, and as a result, it influences social policy and the area of social protection. This has happened slowly over time. It became a clear trend in the middle of the 1990s when federal transfer programs were redefined and there were deep cuts to federal transfers to the provinces. So what happened? The health care standards were maintained; in other words, the five conditions related to federal transfers to the provinces in the area of health care. But the other conditions were eliminated, except the one which applied to welfare programs.

One very important aspect of this is that it encouraged reform of the social protective system, while keeping the health care system intact. As for health care costs — while, though income security programs were reformed, the government did not succeed in properly controlling health care spending. As you know, health care costs are continuing to grow as a percentage of GDP. In 1970, health care costs accounted for 7 per cent of GDP. In 2005, that figure had risen to 10.4 per cent. That means the costs increased. Health care spending is growing more quickly than the GDP. What effect does that have? It takes money away from other public programming. The balance changes.

I am quite far from maternal health policy, because it is not my field and unfortunately I cannot talk to you about it. If we undermine social policy, that will certainly have an impact on the social determinants of health. If we put less money into social assistance, and make the shift to ambulatory care, like Quebec did and as we have seen in other parts of the health care system, but do not have the funding for social services down the line, we can say all we want about working on social determinants of health and population health, we can establish all the legislation and public health care programs we want, but the system will not work. That is more or less my answer. Sorry, but this is the area in which I am working.

Ms. Gagnon: I am also a political scientist, so I cannot answer your question specifically for a given health sector. When you talk about the importance of equality in health, I feel I should say that what we are really talking about is investment in disease. That is

Mis à part les politiques élaborées au niveau de la stratosphère, que se passe-t-il sur le terrain, dans un CLSC qui se trouve à desservir une population qui a de graves problèmes de santé — c'est-à-dire mauvaise santé maternelle, problème de développement des jeunes enfants, et cetera?

[Français]

Mme Bernier : J'ai bien peur de ne pas pouvoir répondre à votre question parce que ce n'est pas là-dessus que je travaille alors, je ne peux pas parler de santé maternelle ou infantile sauf dans des termes très généraux qui n'ont pas lieu ici. Je n'ai pas dit que les autres ministères en ont assez de se voir imposer la norme sanitaire. Ce n'est pas tout à fait dans la lignée que je voulais l'introduire. La norme sanitaire est introduite dans les autres secteurs d'intervention. Cela reflète une transformation profonde de l'État providence en ce moment et un rééquilibrage des forces dans l'État providence et la santé devient une force beaucoup plus importante qui empiète ou qui gruge, si on veut, dans le secteur de la politique sociale, de la protection sociale. Ce phénomène s'est dessiné progressivement. On l'a vu très nettement apparaître au milieu des années 1990 avec la redéfinition des programmes de transferts fédéraux et avec des réductions draconiennes des transferts fédéraux vers les provinces. Qu'est-ce qu'on a fait? On a préservé les normes du secteur sanitaire, donc les cinq conditions des programmes de transfert vers les provinces pour la santé et on a aboli en même temps les conditions, sauf une, pour l'aide sociale notamment.

Une des marques de passage était que cela incitait à faire une refonte de la protection sociale tandis qu'on préservait intact le secteur sanitaire. Les dépenses de santé — alors qu'on est arrivés à réformer les programmes de sécurité du revenu, on n'est pas bien arrivés à contrôler les dépenses du secteur de santé. Le pourcentage du PIB, vous le savez peut-être, continue toujours de croître. En 1970, les dépenses de santé représentaient 7 p. 100 du PIB. En 2005, c'était passé à 10,4 p. 100. Donc de sept à 10,4 p. 100, c'est une croissance. Les dépenses de santé progressent plus rapidement que le PIB. Qu'est-ce que cela fait? Cela gruge dans le reste de la programmation publique. Donc il y a un rééquilibrage.

Je suis loin des politiques de santé maternelle parce que ce n'est pas mon domaine et je ne peux pas vous en parler malheureusement. Si on gruge dans la politique sociale, c'est certain que cela a des impacts sur les déterminants sociaux de la santé. Si on met moins d'argent dans l'aide sociale et qu'on fait des virages ambulatoires comme on a vu au Québec et ailleurs dans le système de soins de santé, mais qu'on n'a pas de fonds à mettre dans les services sociaux ensuite, on a beau dire qu'on travaille sur les déterminants sociaux de la santé et sur la santé de la population, on peut avoir toutes les lois ou tous les programmes de santé publique qu'on veut, cela ne fonctionnera pas. C'est un peu ma réponse, mais c'est quand même ce sur quoi je travaille, désolée.

Mme Gagnon : Je suis aussi politologue, alors je ne peux pas répondre en particulier à votre question pour un secteur précis de la santé. Il m'apparaît important, lorsque vous parlez de l'importance de l'égalité en santé de dire que l'on parle

the driver that increases health care costs, because we have increasingly developed technology and all kinds of other things. Often, we invest in disease — and everything that we invest in that sector is not only not invested in the social sector, but also not invested in education, in parks, or in cycling trails. That is where investing everything in health care becomes dangerous.

Can we make other departments more aware, to help them understand the impact of their actions, to the point where they will be more careful and come out the winners because they will be reinvesting in health? I do not have the answer to that today. It is a way of saying let us invest less in health care and let us try to see in advance how we can better allocate funding so that the general population is in better health. I consider that very important. This is not something we can impose through legislation. It will need both the political will from political authorities, and more awareness and understanding among Canadians so that more initiatives are started up locally. Intervention is needed at both those levels. You need the grassroots movement, but you also need the political will from a government that wants to restore a balance to the system.

Stakeholders in the public health system are very aware of the so-called “health imperialism” issue. They are trying to get away from the reputation they might have in Quebec. In some cases, they were called the ayatollahs of health. For example, take the issue of advocating the Tobacco Act, which was passed. Take the interest in obesity. That remains an important issue as well. Do we go as far as allowing a public health system to impose standards and tell individuals how to behave in their day-to-day lives? That is another important issue. Public health stakeholders are well aware of that role, and that of label as health dictators in what they are trying to present to other stakeholders and government departments.

[English]

Senator Cook: I will confess at the outset that I know very little about the health programs in the province of Quebec. Help me to understand this: You say in your paper that currently section 54 is an incentive to consider impacts on health and well-being but that there is no legal obligation to do so.

Then you go on to say that the assessment, which is intended to be strategic in the sense that it focuses on screening for and identifying potential impacts, is voluntary. I am preoccupied with your possible outcomes, given that you work in that particular environment. I am concerned about best practices or evidence-based information.

I also hear you say that laws will not do it, that there must be a political will — and that sometimes can take on a life of its own.

What is the value in consensus when we talk about population health amongst all the parties?

d'investissement dans la maladie. C'est ce qui fait que cela coûte de plus en plus cher, parce qu'on a des technologies de plus en plus perfectionnées et il y a toutes sortes d'éléments. Souvent, on investit dans la maladie et tout ce qu'on investit dans ce secteur, non seulement on ne l'investit pas dans le secteur social, mais tout l'argent qu'on met en santé, on ne le met pas en éducation, dans les parcs, on ne fait pas en sorte de développer des pistes cyclables. C'est là qu'investir le tout en santé devient dangereux.

Est-ce qu'on peut arriver à sensibiliser tous les autres ministères pour qu'ils soient conscients de l'impact de leurs actions au point où ils disent qu'ils font attention et qu'ils seront gagnants parce que ce sera réinvesti en santé? Je n'ai pas la réponse aujourd'hui. C'est une façon de dire investissons moins dans les soins et tentons de voir à l'avance comment on peut mieux répartir pour faire en sorte d'avoir globalement une population davantage en santé. C'est un point qui m'apparaît important. Ce n'est pas quelque chose qu'on pourra imposer par une loi. Cela prendra à la fois une volonté politique, des responsables politiques et une sensibilisation de la population pour dire que localement, il y a des initiatives. Les deux niveaux d'intervention sont nécessaires. À la fois un mouvement qui vient de la population, mais aussi une volonté politique des responsables qui marquent le souhait de rééquilibrer.

Les acteurs de la santé publique sont très conscients de la fameuse question de l'impérialisme de la santé. Ils tentent de défaire cette réputation qu'ils peuvent avoir au Québec. Dans certains cas, on les appelait les ayatollahs de la santé. Par exemple, lorsqu'est venu le temps de défendre la question de la Loi sur le tabac qui a été adoptée. On peut penser à l'intérêt mis sur l'obésité. Cela demeure une question importante aussi. Jusqu'où la santé publique peut-elle imposer des normes pour dire aux individus comment se comporter chaque jour dans leur vie? C'est une autre question importante. Mais les acteurs de santé publique sont tout à fait conscients de ce chapeau et de cette étiquette qu'ils ont de l'impérialisme de la santé de ce qu'ils peuvent véhiculer auprès des autres acteurs, des ministères.

[Traduction]

Le sénateur Cook : J'avoue d'emblée que je connais très peu les programmes de santé du Québec. Aidez-moi à comprendre ceci : vous dites dans votre mémoire : « Tel que formulé l'article 54 est un incitatif à considérer les impacts sur la santé et le bien-être, il n'entraîne aucune obligation de procéder ».

Puis vous dites : « Cette évaluation, qui se veut davantage stratégique au sens où elle met l'accent sur le dépistage et permet ainsi un repérage des impacts potentiels, se fait sur une base volontaire ». Je m'inquiète des résultats que vous pourriez obtenir, puisque vous travaillez dans ce cadre. Je m'inquiète des pratiques exemplaires ou de l'information fondée sur des faits.

Vous avez également dit que les lois ne suffiront pas, qu'il faut qu'il y ait une volonté politique — et cela on ne sait jamais où ça peut mener.

Quelle est la valeur d'un consensus entre toutes les parties lorsqu'il s'agit de la santé de la population?

[Translation]

Ms. Gagnon: You have raised a number of points. Impact assessment is not mentioned in the legislation at all. That is a way of implementing section 54.

Health impact assessment, as I was saying earlier, is very well developed in the U.K. and other places. In some practices, health impact assessment is believed to require participation by the population. In Quebec, we have not yet integrated population participation into this, but we do it elsewhere, for example through consultations or forums of various kinds.

At present, active participation by the population in an impact assessment is not formally incorporated. I do not know if that is what you meant with your question. There is no official mechanism that requires their active participation. We could see this happening in the future — and we should bear in mind that it is an important consideration.

However, it is not the only consideration that must be taken into account. Active participation can complement a study and provide another point of view, but there is still a debate about impact assessment generally and the data we should take into account. Earlier, I said that the Public Health Agency of Canada is in the course of developing a method. It has drawn inspiration from the procedure used by NICE, a U.K. institute, that takes more conclusive data into account.

However, we are more open to other kinds of qualitative data because it is quite possible that in some cases we may not have conclusive data. If we have no probative data, must we necessarily exclude all other kinds of data? Are there no other data that might prove useful, for example data from case studies, interviews or other sources? We just have to remain aware of the kind of data we are using. That is what matters. The issue that is raised with respect to health impact assessment concerns the use of data, and the quality of the assessment as such.

[English]

Senator Cook: Ms. Bernier, would you like to comment, or have I confused you as well?

Ms. Bernier: Maybe you could rephrase your question.

Senator Cook: I am trying to understand within my head an element that carries no legal obligation and is voluntary. I am concerned about the outcomes. I tend to think black and white, plant trees in rows, and that kind of thing.

I am trying to understand how effective that method could be. I understand that laws will not cut it. There is an element there that I am not focusing on or understanding.

[Français]

Mme Gagnon : Vous avez soulevé plusieurs éléments. L'évaluation d'impacts n'est mentionnée d'aucune façon dans la loi. C'est une façon qu'on s'est donné pour mettre en œuvre l'article 54.

L'évaluation d'impacts sur la santé, comme je vous le disais tout à l'heure, s'est beaucoup développée, entre autres, en Angleterre et sous différentes formes de pratique, on considère que dans l'évaluation d'impacts sur la santé, il doit y avoir la participation de la population. Au Québec, pour le moment, on n'a pas encore intégré cette dimension de la participation de la population, mais cela se fait beaucoup par ailleurs.

À ce moment-ci, la dimension de participation active de la population à une évaluation d'impacts n'est pas intégrée de façon formelle. Je ne sais pas si c'était bien le sens de votre question. Il n'y a pas de mécanisme formel qui oblige. On pourrait éventuellement voir des développements dans l'avenir, mais c'est une dimension qui est aussi importante.

Par contre, ce n'est pas la seule dimension qui doit être prise en compte, car cela peut compléter et donner un point de vue, mais il y a tout un débat lorsqu'on parle d'une évaluation d'impacts sur les données sur lesquelles on doit s'appuyer. Je vous ai dit tout à l'heure que l'Agence canadienne de santé publique est en train de développer une méthode. Elle s'est appuyée sur la façon de procéder de NICE, un institut anglais, qui prend en considération davantage des données probantes.

Par contre, on (INSPQ) a fait une ouverture sur d'autres types de données qualitatives parce qu'il est fort possible que dans certains cas, on n'ait pas de données probantes. Si on n'a pas de données probantes, doit-on nécessairement exclure toute autre forme de données? N'y a-t-il pas d'autres types de données qui peuvent provenir d'étude de cas, d'entrevues, en étant conscients des données dont on se sert. C'est ce qui est important. C'est une question qui est soulevée autour des évaluations d'impacts sur la santé quant à l'utilisation des données, la qualité des évaluations en tant que telles.

[Traduction]

Le sénateur Cook : Madame Bernier, est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose, ou est-ce que j'ai semé la confusion dans votre esprit également?

Mme Bernier : Vous pourriez peut-être reformuler votre question.

Le sénateur Cook : J'essaie de comprendre quelque chose qui ne crée aucune obligation légale et qui est volontaire. Je m'inquiète des résultats. J'ai l'habitude de considérer les choses en noir et blanc, il faut planter les arbres en rangée, « et cetera ».

Je me demande dans quelle mesure cette méthode peut être efficace. Je comprends que les lois ne suffisent pas. Il y a un élément qui m'échappe.

[Translation]

Ms. Bernier : Let us go back to the macroscopic view. That is true for Quebec's policy, and I know that is something you have looked at particularly carefully. However, when I finished my remarks, I said that there was a very symbolic function to public health policy. This is not unique to Quebec. There are no sanctions. There is no specific instruction as to how we are to implement programs, the policies we establish, or legislation. We are talking as experts. We vote for legislation, we institutionalize standards, yet implementation does not follow. I was also saying that policy is not necessarily fully intended to be implemented, it may be intended rather as a symbolic reform of social policy.

That is one example. Many programs are established world-wide and in the provinces. Alberta has established excellent public health objectives over a 10-year period, from 2003 to 2012, with no specific budget and with no accountability. That sort of attractive programming is very appealing to stakeholders, particularly those on the ground, but it is not necessarily implemented in the end. Even Sweden did not provide for strong mechanisms: yes, there are assessments — I believe that the first assessment report on the Swedish policy was published in 2005. But when I went there last year, I spent two weeks in Stockholm and talked to public health stakeholders who complained that the system did not really provide a genuine assessment. They said there was no real implementation. That is what came out of the interviews I conducted a year ago.

Central governments have to reconcile the expectation that standards must be established and the imposition of those standards in the regions. For example, in Sweden, it is very difficult for the government to impose central standards on authorities like the Stockholm County Council. It is very difficult, because the local authorities are very powerful. So the central governments cannot impose the standards. And the regions do not voluntarily indicate how they will go about establishing them. Nothing really happens if public health objectives are not met. There are no penalties.

Quebec is no exception to this. It is just that in Sweden and Quebec, standards are more institutionalized. However, it is still a process of cooperation. That is what I said in my remarks. Does that answer your question?

[English]

Senator Cook : I will have to think about it for a while, but my immediate conclusion is that an infusion from the public purse will drive that which you propose.

[Translation]

Senator Pépin : At present, governments want to assess the impact on health of their public policy. Many countries want a procedure that will apply to the environment. At that point, many countries will examine their policy and the potential impacts of the environment on health.

[Français]

Mme Bernier : Je vais vous ramener au plan macroscopique. C'est vrai pour la politique québécoise et je sais que vous y êtes particulièrement intéressée. Toutefois, tantôt, lorsque j'ai terminé mon exposé, j'ai dit qu'il y avait une fonction très symbolique aux politiques de santé publique. Ce n'est pas unique au Québec. Il n'y a pas d'éléments contraignants. On ne spécifie pas comment on fera la mise en œuvre des programmes, des politiques qu'on adopte, des législations. On produit un discours officiel expert. On vote des lois, on institutionnalise la norme, par contre la mise en œuvre ne suit pas. Je disais aussi que les politiques ne sont pas nécessairement entièrement destinées à une mise en œuvre comme d'une reformulation sur le plan symbolique de la politique sociale.

C'est un exemple. Plusieurs programmes sont adoptés de par le monde et dans les provinces. L'Alberta s'est dotée de beaux objectifs de santé publique pour dix ans, de 2003 à 2012, sans budget spécifique ni d'imputabilité. Cette belle programmation séduit beaucoup les intervenants proches des milieux, mais elle n'est pas nécessairement destinée à une mise en œuvre. Même la Suède n'a pas prévu de mécanismes forts; oui, il y a des évaluations, le premier rapport de l'évaluation de la politique suédoise, je crois que c'était en 2005. Mais quand j'y étais l'an dernier, j'ai passé deux semaines à Stockholm et je parlais aux acteurs de la santé publique qui se plaignaient que ce n'était pas vraiment une véritable évaluation. On disait qu'il n'y avait pas vraiment de mise en œuvre. C'est ce qui ressortait des entrevues que j'ai menées il y a un an.

Les gouvernements centraux sont pris avec, d'une part, une attente pour qu'on fasse des normes et, d'autre part, pour les imposer aux régions, comme en Suède, c'est très difficile pour le gouvernement suédois d'imposer des normes centrales à des autorités comme le Stockholm County Council. C'est très difficile, car c'est très puissant. Donc, on n'y arrive pas. On ne spécifie pas volontairement comment on va y arriver. Il ne se passe pas grand-chose si on n'atteint pas les objectifs de santé publique. Il n'y a pas de pénalités.

Le Québec ne fait pas exception. Sauf qu'en Suède et au Québec, les normes sont plus institutionnalisées. Mais c'est un processus de concertation. C'est ce je disais dans mon exposé. Est-ce que cela répond à votre question?

[Traduction]

Le sénateur Cook : Il faudra que j'y réfléchisse un peu, mais ma première conclusion c'est qu'une infusion de fonds publics fera avancer ce que vous proposez.

[Français]

Le sénateur Pépin : Actuellement, les   tats veulent évaluer l'impact de la santé de leur politique publique. Plusieurs   tats vont faire une démarche qui sera appliquée à l'environnement. Alors à ce moment, plusieurs pays analyseront leurs politiques et les effets potentiels de l'environnement sur la santé.

I am thinking about Ms. Bernier. Are you now talking about that redefinition of the welfare state? In what sector? Will it just be in the health sector?

Ms. Bernier: A lot of it is in the health sector, because the health sector is taking up an increasing share of collective public resources. As you are already well aware, that also applies to the environment sector and others. So I would say that what we are seeing is governance technologies being rationalized in the public sector so that they become more scientific and technical.

Senator Pépin: In practice?

Ms. Bernier: Perhaps, if we call it results-based. But those methods are aligned with a school of thought that no longer works well with the current public policy development process. The focus is on the decision. When we pass statutes and regulations, we want to know whether they have measurable direct impacts. Decisions are based not only on evidentiary data, but on a raft of compromises in a variety of sectors.

Obviously, people enter politics with ideals, but once they come to power — and I am talking to people who know this much better than I do — than they can no longer do what they want. Compromises must therefore be made with other sectors. But if we can succeed in saying that our decisions will be guided by public health considerations, that does give weight to the argument.

When the Harris government was elected in Ontario, that did have weight, that was important to the health sector, because the Harris government reduced the social protection people had. It reformed social assistance. It restricted access to social assistance in 1995. Social groups lost everything they were getting from the government. Many of them shut down very soon after the election. However, the public health system managed to keep channels of communication with the Harris government open by pointing out that cutting public health funds would cause long-term problems with the health care system. So the economic/health approach worked with the Harris government, when social arguments did not.

Senator Pépin: When we say that we are applying an environmental policy, do you believe that we should always look at the impact, and always try to make people aware of how important prevention is? In the long run, if we can do that for the environment, could we develop that approach further so that there would be a significant impact on health?

Ms. Bernier: If it is a useful means to improve health and well-being, why not?

Senator Pépin: It is the most direct way, is it not?

Ms. Bernier: For instance, if we can show that environmental policy has an impact on health, and so on, and that it is beneficial to the population's health and well-being, and if that is what we want, then let us go ahead with it.

Je pense à Mme Bernier. Est-ce que cette redéfinition de l'État providence est ce dont vous parlez actuellement? Dans quel secteur? Est-ce que ce serait simplement le secteur sanitaire?

Mme Bernier : Cela se passe beaucoup dans le secteur sanitaire, car il est en train d'accaparer de plus en plus de ressources publiques collectives. Comme vous le savez déjà très bien, c'est vrai aussi en environnement et ailleurs. Donc, je dirais que c'est plus des technologies de gouvernance qui vont dans un processus de rationalisation de la chose publique pour qu'elle devienne scientifique, technique.

Le sénateur Pépin : Pratico-pratique?

Mme Bernier : Si on veut, basé sur des résultats. Mais ces méthodes correspondent à une forme de pensée qui ne fonctionne pas très bien avec la réalité du processus d'élaboration des politiques publiques. On focalise sur la décision. Quand on vote des lois et des règlements, on veut savoir s'ils ont des impacts directs mesurables. Les décisions sont basées non seulement sur des données probantes, mais un ensemble de compromis dans différents secteurs.

Il est certain que les gens se lancent en politique avec des idéaux, mais lorsqu'ils arrivent au pouvoir, je parle ici à des gens qui connaissent cela mieux que moi, mais on ne fait pas ce qu'on veut au pouvoir. Il y a donc des compromis à faire avec les autres secteurs. Réussir à dire qu'on va prendre les décisions en fonction d'un critère de santé publique, oui, cela donne des arguments, du poids.

On a vu, en Ontario, lorsque le gouvernement Harris a été élu, cela a eu du poids, cela a été important pour le secteur de la santé, parce qu'on a réduit la protection sociale. On a réformé l'aide sociale. On a restreint l'accès à l'assistance sociale en Ontario, en 1995, sous le gouvernement de Mike Harris. Les groupes sociaux ont perdu tout ce qu'ils recevaient du gouvernement. Plusieurs ont fermé leurs portes, presque au lendemain de l'élection. Par contre, la santé publique a réussi à maintenir ses canaux de communication avec le gouvernement de Mike Harris en disant : si vous réduisez dans la santé publique, vous aurez des problèmes à long terme avec le système de soins de santé. Donc, la perspective économique et sanitaire a fonctionné avec le gouvernement Harris alors que les arguments sociaux ne fonctionnaient pas.

Le sénateur Pépin : Pensez-vous, quand on dit qu'on suit une politique de l'environnement, que nous devrions toujours voir l'impact, essayer de sensibiliser les gens à l'importance de la prévention? À la longue, si on est capable de faire cela pour l'environnement, pourrions-nous développer pour qu'il y ait un autre impact important dans le domaine de la santé?

Mme Bernier : Si c'est un moyen utile pour améliorer la santé et le bien-être, pourquoi pas?

Le sénateur Pépin : C'est le chemin le plus court, non?

Mme Bernier : Par exemple, dans l'idée de la politique environnementale, si on peut démontrer qu'elle a des effets sur la santé, et cetera, et que cela améliore la santé et le bien-être de la population et que c'est ce que l'on veut, qu'on le fasse.

Senator Pépin: We want to take something much closer to us to show the impact on health.

Ms. Bernier: It is an instrument that was developed by the central governments and that we can actively use.

Senator Pépin: To raise awareness?

Ms. Bernier: Yes. How do we go about developing a population health policy that works? As a government, and more specifically as a federal government, how can we successfully influence the social determinants of health?

Your questions clearly show that you are very interested in finding a solution and you are looking for models to follow. Have we any ideas from other provinces and other countries? We have some. Why should we not take advantage of them?

It is also important, at the same time, to get away from an overly idealistic approach to population health. It certainly has benefits, but it also has an impact on social redistribution, on social groups, and on the ways in which governments intervene. As we move ahead, we must evaluate the impact of our policies objectively.

Great changes are coming about and we do well to plan our way ahead, but at the same time, as we move on, we must evaluate the impacts.

Senator Pépin: I took note of your conclusion. In fact, to sum things up, I understand that you do not believe that the implementation has been effective. The health determinants are complex, etc., but it is important to transfer authority. How do you think we could transfer authority?

Ms. Bernier: Authority will change hands automatically, it is a natural process.

Senator Pépin: Yes, but currently, with the organization we have here, and in Quebec — ministers, various departments, etc. — what kind of transfer should there be to make things more efficient? If the determining factors are complex, how should we go about it?

Ms. Bernier: I have no silver bullet, but let me share an idea that I developed with a colleague in a recent article. I do not know if you have read it. In any case, with regard to Quebec as well as Canada and the federal government, we say that it is crucial for the central authorities to get involved. We mean Treasury Board, the cabinet, the central agencies of government, of every kind of government. The central authorities must absolutely get involved and provide guidance for the other departments.

This was done in Quebec, because we adopted legislation. Perhaps France knows more than I do about the central agencies in Quebec and their involvement?

Le sénateur Pépin : On veut prendre quelque chose de beaucoup plus près pour montrer l'impact sur la santé.

Mme Bernier : C'est un instrument développé par les gouvernements centraux et dont on peut se saisir comme acteur.

Le sénateur Pépin : Pour sensibiliser?

Mme Bernier : Oui. Comment peut-on arriver à développer une politique de santé de la population qui fonctionne? Comment peut-on comme gouvernement, parce que l'on est au gouvernement fédéral, arriver à agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé?

Je vois bien, par vos questions, que vous vous préoccupez beaucoup de comment on peut y arriver et s'il y a des modèles à suivre. Avons-nous des idées qui viendraient d'autres provinces et d'autres pays? Il y en a. Pourquoi ne pas s'en inspirer?

Ce qu'il est important de faire, en même temps, parallèlement, c'est de sortir d'une vision angélique de l'approche de santé de la population. C'est certain que cela peut faire du bien, mais cela a des effets sur la redistribution sociale, sur des groupes sociaux, sur l'organisation des secteurs d'intervention du gouvernement. En même temps, on doit prendre une distance critique vis-à-vis cela dans le sens de voir ce que cela produit comme effet.

Ce sont des transformations très importantes qui se produisent et c'est légitime de se demander comment aller de l'avant, mais parallèlement, il faut se demander, à mesure qu'on avance, quels en sont les effets.

Le sénateur Pépin : J'ai noté ce que vous disiez à la fin. En fait, pour résumer, j'ai compris que vous ne croyez pas que la mise en œuvre était effective, les déterminants sont complexes, et cetera, mais il y a un transfert d'autorité qui serait important. De quelle manière pensez-vous que le transfert d'autorité pourrait se faire?

Mme Bernier : Le transfert d'autorité se fait lui-même, c'est un processus qui se produit.

Le sénateur Pépin : Oui, mais actuellement, la façon dont c'est organisé chez nous, au Québec les ministres, les différents ministères, et cetera, quel genre de transfert faudrait-il effectuer pour que ce soit plus efficace? Si les déterminants sont complexes, de quelle manière faudrait-il s'y prendre?

Mme Bernier : Je n'ai pas de recette magique, mais je vais vous faire part d'une idée que j'ai développée avec une de mes collègues dans un article récent. Je ne sais pas si vous l'avez lu. De toute façon, on dit que et cela s'applique pour le Québec comme pour le Canada et le gouvernement fédéral, finalement, l'engagement des autorités centrales est essentiel c'est-à-dire le Conseil du Trésor, le conseil exécutif du gouvernement, je cherche le nom exact de l'entité, les agences centrales du gouvernement, peu importe quel gouvernement. Les autorités centrales doivent absolument s'impliquer et donner des directives aux autres ministères.

Cela a été fait au Québec, parce qu'on a voté la loi. Peut-être que France en saurait plus que moi sur l'implication des agences centrales au Québec?

To conclude, in answer to your question, I think that this is an essential condition, which applies everywhere, in Ottawa as well as in Quebec and in every country and every province.

Senator Pépin: The deciders!

Ms. Bernier: The central ones!

Senator Pépin: Ms. Gagnon, do you have anything to add?

Ms. Gagnon: I emphasize the fact that the authorities must be involved.

[English]

The Chair: Thank you, Ms. Bernier and Ms. Gagnon. You gave us two full hours. We deeply appreciate you coming here and providing us your expertise.

The committee adjourned.

OTTAWA, Tuesday, December 11, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 a.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (Chair) in the chair.

The Chair: Dr. Adshead, we are truly looking forward to hearing what you have to say and we feel we can learn a great deal from you. If you are ready, please go ahead. We will have some questions for you when you have finished.

Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement, U.K. Department of Health: I will respond to the questions that you have asked first, but obviously I am happy to answer any questions in more detail.

In terms of how to unite departments across the government, the key issue has been the leadership of the finance ministry, our Treasury. In 2002, the Treasury carried out a cross-cutting review of government, looking at what each government department and ministry could do to tackle inequalities. They based this on the evidence of Sir Donald Acheson's review, but they looked specifically at what needs to be done. They used it to assess their funding decisions in our next government-spending round. *The Cross-Government Action Plan to Reduce Health Inequalities* was published in 2003. My Treasury colleagues who could not be here this afternoon asked me to emphasize that the way we do our funding round is then to set cross-government targets for delivery. We have recently changed these even more to essentially bind government departments into joint action on inequalities.

Enfin, vous m'avez posé cette question, je pense que c'est une condition essentielle, peu importe où l'on se trouve, à Ottawa, à Québec ou dans n'importe quel pays ou province.

Le sénateur Pépin : Les décideurs!

Mme Bernier : Centraux!

Le sénateur Pépin : Madame Gagnon, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Gagnon : Cet aspect de l'engagement nécessaire des responsables est important.

[Traduction]

Le président : Merci, Mme Bernier et Mme Gagnon. Vous nous avez accordé deux pleines heures. Nous vous sommes très reconnaissants d'être venues nous faire profiter de votre expertise.

La séance est levée.

OTTAWA, le mardi 11 décembre 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 5 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

Le président : Docteure Adshead, nous sommes vraiment impatients d'entendre ce que vous avez à nous dire car nous avons l'impression que nous pouvons en apprendre beaucoup en vous écoutant. Nous aurons des questions à vous poser quand vous aurez terminé.

Dre Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé, ministère de la Santé du Royaume-Uni : Je vais commencer par répondre aux questions que vous m'avez déjà posées. Bien sûr, je serai heureuse de vous donner des détails sur tout autre point qui vous intéresse.

À la question de savoir comment coordonner l'action des différents ministères et organismes, le leadership du ministère des Finances, notre Trésor, a joué un rôle clé. En 2002, le Trésor a procédé à un examen général de l'administration publique, dans le cadre duquel il a étudié ce que chaque ministère ou organisme pouvait faire pour remédier aux disparités. Il s'est fondé, dans cet examen, sur l'étude réalisée par sir Donald Acheson, mais a considéré d'une façon particulière ce qu'il convenait de faire. L'examen a ensuite servi à évaluer les décisions de financement du cycle de dépenses suivant du gouvernement. Le rapport *Cross-Government Action Plan to Reduce Health Inequalities* avait été publié en 2003. Mes collègues du Trésor, qui n'ont pas pu venir cet après-midi, m'ont demandé de souligner que notre cycle de financement est basé sur des objectifs pangouvernementaux de prestation des services. Nous avons récemment modifié encore plus ces objectifs pour lier les ministères à une action commune contre les disparités.

Essentially, we had a cross-government strategy which required each department to act. We have also agreed on public accountability using an annual report that updates how far we got on that action plan. An independent, scientific committee chaired by Professor Sir Michael Marmot reviews that plan. That report is for them to comment on government action. Our most recent report is coming out in the spring of 2008.

That is how we got cross-government action. Since we began, we have used cross-government mechanisms to bind action together. Politicians meet in our cabinet to talk about public health. The focus of those meetings has also been on inequalities. As director general, I chair a group of officials along with my senior colleagues across Whitehall. Again, we are looking at what we do. As we move forward on government action and the most recent planning round we have just completed, we agree with officials how we will continue joint action to address inequalities.

In terms of whether what we say we will do counts, apart from the status report I mentioned there is also an agreement between the Treasury and each government department to a quarterly review action against the targets. We put a report out to them telling them what we are doing in the Department of Health and that education will do some of the things. For example, what they are doing on the status of education attainment. Therefore, the Treasury holds each of us to account. In the future with our new spending round and our delivery targets, that will be done through joint program boards. That is what happens at present.

Let me move on to some of your other questions regarding the mechanisms we use to facilitate monitoring and action planning. We have targets for 2010 on life expectancy and infant mortality. We know that much of that needs to be delivered through our local governments. We have done a lot of work through our high-multiple operating frameworks to encourage the link to do joint action. We have a very different system from Canada in the sense that, in the Department of Health, we set the standards for what we expect the NHS to do. Following that, we outline in greater detail how we expect them to do that at a local level. Therefore, it is up to them as health organizations to commission with local government action. What we put in place focuses on the key priorities for the all the services.

One of the four priorities for this year is inequalities in health. We have developed a modelling tool that allows our commissioners to look at the interventions needed for their population at a local level. For example, we know that to stop

Nous avons donc essentiellement une stratégie pangouvernementale qui imposait à chaque ministère d'agir. Nous nous sommes également entendus sur la question de la responsabilité publique grâce à la publication d'un rapport annuel qui fait le point sur les progrès accomplis dans la réalisation de ce plan d'action. Un comité scientifique indépendant, dirigé par sir Michael Marmot, examine ce plan et se sert de ce rapport pour formuler des commentaires sur l'action du gouvernement. Notre prochain rapport paraîtra au printemps 2008.

Voilà comment nous obtenons une action pangouvernementale. Depuis que nous avons commencé, nous avons recouru à des mécanismes pangouvernementaux pour coordonner les mesures prises. Les personnalités politiques se retrouvent au Cabinet pour discuter de la santé publique en insistant particulièrement sur les inégalités. À titre de directrice générale, je dirige un groupe de fonctionnaires, de concert avec mes homologues de Whitehall. Encore une fois, nous examinons ce qui est fait. À mesure que l'action gouvernementale progresse et que nous avançons dans le cycle de planification le plus récent, que nous venons juste de terminer, nous nous entendons avec les fonctionnaires sur la façon de poursuivre l'action commune contre les inégalités.

Est-ce que ce que nous nous engageons à faire compte? À part le rapport d'avancement que j'ai mentionné, le Trésor procède avec chaque ministère à un examen trimestriel des progrès réalisés par rapport aux objectifs. Au ministère de la Santé, nous produisons un rapport à l'intention du Trésor pour expliquer ce que nous faisons ainsi que les résultats attendus des mesures liées à l'éducation. Nous expliquons, par exemple, ce qui se fait en matière de niveau d'instruction. Par conséquent, le Trésor tient chacun d'entre nous responsable. À l'avenir, dans le cadre de notre nouveau cycle de dépenses et de nos objectifs de prestation, cela se fera par l'intermédiaire de conseils conjoints de programmes. Pour le moment, c'est ainsi que nous procédons.

Je vais maintenant passer à vos autres questions concernant les mécanismes dont nous nous servons pour faciliter la surveillance et la planification. Nous avons des objectifs à atteindre d'ici 2010 en matière d'espérance de vie et de mortalité infantile. Nous savons que beaucoup des mesures à prendre à cet égard doivent être mises en œuvre par nos administrations locales. Nous avons fait beaucoup, dans le contexte de nos multiples cadres de fonctionnement de niveau élevé, pour favoriser l'engagement envers une action commune. Notre système est très différent de celui du Canada en ce sens qu'au ministère de la Santé, nous avons des normes définissant ce que nous attendons du Service national de santé. Ensuite, nous expliquons en détail les résultats attendus au niveau local. Par conséquent, il appartient aux organisations de la santé de coordonner leur action avec celle des administrations locales. Ce que nous mettons en place est axé sur les grandes priorités de tous les services.

Les inégalités en matière de santé constituent l'une de nos quatre priorités de cette année. Nous avons conçu un outil de modélisation qui permet à nos commissaires de déterminer les interventions nécessaires à leur population au niveau local. Nous

early deaths from heart disease by 2010, people need access to blood pressure treatment, to reduce their cholesterol and to stop smoking. This tool and kit enables that intervention.

Our ministry sets the priorities for local government and ensures us that inequalities for health are at the top of their agenda. Planning at a local level between the hospitals and local government has been aligned. In the future, we are bringing that together more clearly in the spending round to create a single set of shared indicators in government and within the health service. Action on inequalities, such as action on housing and education affects mortality. There is a strong focus on joint action.

To look more broadly at what has made a difference regarding inequalities, political leadership has been key. We are pushing it to the top of the agenda. Our previous Chancellor, now the Prime Minister, and the then Prime Minister spoke about inequalities being a key issue and shows that social justice is very important. We put a lot of effort and resource into developing an evidence base to support this.

It has been important to look at how we can develop practices across local government based on what works at a local level. Having clear targets set at a national level for the government as a whole has galvanized action. It is also necessary to have a mechanism to check delivery.

Although we have all those things in place, we should emphasize that this is a very long journey. Our latest figures suggest we are only beginning to close the relative gap between rich and poor on infant mortality. This is the second year in a row that has been true.

On life expectancy, the gap is increasing at a national level. At the local level, we see that some areas are succeeding with those priorities and therefore, we are putting more emphasis on what actions there can be at the local level. We are finding that it is about partnership and shared leadership across the system.

The Chair: Thank you, Dr. Adshead. You opened by saying that you were able to get your finance department to distribute the funds in a way that united the departments.

In Canada, our situation is a little more complex than in the U.K. because we have another tier of government that you do not. Those are the provinces. They are particularly important with regard to health. However, we do have local situations that are quite different from province to province and municipality to municipality.

I would like you to tell us how you have made your financial policy work at the local level.

savons, par exemple, que pour réduire les décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires d'ici 2010, nous devons ouvrir l'accès au traitement de l'hypertension et amener les gens à réduire leur taux de cholestérol et à cesser de fumer. Cet outil et la trousse qui l'accompagne permettront cette intervention.

Notre ministère définit les priorités des administrations locales. Nous veillons ainsi à ce que les inégalités en matière de santé figurent en tête de leurs priorités. La planification à l'échelle locale a été harmonisée entre les hôpitaux et les administrations locales. À l'avenir, nous mettrons cela en évidence d'une façon plus claire dans le cycle de dépenses pour créer un ensemble unique d'indicateurs communs au gouvernement et dans le Service de santé. L'action contre l'inégalité, tout comme l'action dans les domaines du logement et de l'éducation, a des effets sur la mortalité. Nous insistons beaucoup sur l'action commune.

Le leadership politique a joué un rôle de premier plan pour permettre un examen général des mesures qui influent sur les disparités. Nous exerçons des pressions pour que cette question figure toujours en tête de liste. Notre ancien chancelier de l'Échiquier, qui est l'actuel premier ministre, ainsi que le premier ministre d'alors avaient constamment mis l'accent sur l'importance de ces disparités dans le contexte de la justice sociale. Nous consacrons beaucoup d'efforts et de ressources pour réunir des preuves à l'appui de cette thèse.

Nous avons attaché une grande importance à l'élaboration de pratiques locales communes fondées sur ce qui marche le mieux au niveau local. L'établissement d'un ensemble d'objectifs clairs au niveau national, pour l'ensemble de l'administration publique, a galvanisé l'action. Il est également nécessaire de disposer d'un mécanisme permettant de vérifier la prestation des services.

Même si nous avons mis tout cela en place, nous devons souligner qu'il reste encore énormément à faire. Nos derniers chiffres révèlent que nous ne faisons que commencer à réduire l'écart entre riches et pauvres sur le plan de la mortalité infantile. C'est la deuxième année consécutive que nous avons réussi à le faire.

Sur le plan de l'espérance de vie, le fossé se creuse à l'échelle nationale. Au niveau local, certaines régions ont réussi mieux que d'autres. Par conséquent, nous insistons davantage sur les mesures à prendre au niveau local. Nous constatons que le succès se fonde partout sur le partenariat et le leadership partagé.

Le président : Merci, docteur Adshead. Vous avez commencé votre exposé en disant que votre ministère des Finances a réussi à répartir les fonds d'une manière qui a uni les ministères.

Au Canada, notre situation est un peu plus complexe qu'au Royaume-Uni parce que nous avons un palier de gouvernement que vous n'avez pas. Nos provinces jouent un rôle particulièrement important dans le domaine de la santé. Toutefois, nous avons des situations locales qui varient considérablement d'une province et d'une municipalité à l'autre.

Pouvez-vous nous expliquer de quelle façon vous avez réussi à faire en sorte que votre politique financière marche à l'échelle locale?

Dr. Adshead: I understand the difference between our systems. While there are big differences, we are moving to a more devolved model where as a government we set the high level indicators for action at the local level.

We have done a number of things with local government to raise this up the agenda. It might be helpful if I describe them.

There is long-standing interest in some local authorities on health inequalities. A number of councils have excelled at this in terms of action. We have termed them beacon councils. They have spearheaded the way for their colleagues to demonstrate that action is possible and they show leadership. That has been important in winning political hearts and minds to support this agenda. It has also been important to outline the specific interventions needed to invest at a local level.

We did a review of our target a couple of years ago. We found most areas were committed in principle to social justice and tackling inequalities and would be prepared to put investment where needed. The issue was that they did not know what they should do and what interventions should have the highest impact.

Across government, we have been re-emphasizing what needs to be delivered through each area of social policy. We have been clear with our health service about the exact interventions. There are others they can take, but if they want to put their resources behind a few things, that is specifically what should be done.

We also developed leadership programs. We have a national agency working with local government that supports them on their agenda. We have worked with them to develop leadership with local government for health and health inequalities. Local government themselves have produced benchmarks on what «good» looks like if they are going to tackle health inequalities. They do peer-based self-assessments to determine if they are doing the right thing. We have addressed things on a hearts and mind basis and give support on leadership.

Our national support team is a professional group of people from local government, the health service, and other partners. They do a reflective assessment of what has been done and will listen to the local situation with the local authority and health service colleagues. They will suggest a plan of action for investment that is done with the local organization.

Those are the key mechanisms we would expect for every community. Increasingly, more emphasis is placed on local communities deciding what they need most. We have tried to set the standards and a clear framework that the evidence supports for the greatest impacts.

Dre Adshead : Je comprends la différence entre nos deux systèmes. Pour notre part, nous nous orientons vers une plus grande décentralisation tout en veillant à ce que le gouvernement définisse les indicateurs de haut niveau pour l'action au niveau local.

Nous avons pris différentes mesures pour amener les administrations locales à accorder plus d'importance à cette question. Il serait peut-être utile que je vous décrive ces mesures.

Certaines autorités locales s'intéressent depuis longtemps aux inégalités en matière de santé. Quelques conseils ont obtenu d'excellents résultats à cet égard. Nous les avons appelés les «conseils phares». Ils ont pris l'initiative et ont fait preuve de leadership, prouvant ainsi à leurs collègues qu'une action efficace est possible. Cela a joué un grand rôle, d'une part, pour convaincre les politiciens de donner un appui sans réserve à ce programme et, de l'autre, pour mettre en évidence les interventions précises nécessaires pour investir au niveau local.

Nous avons procédé à un examen de notre objectif, il y a deux ans. Nous avons constaté que la plupart des secteurs étaient en principe engagés envers la justice sociale, s'attaquaient aux disparités et étaient disposés à faire les investissements nécessaires. Toutefois, ils ne savaient pas vraiment ce qu'il fallait faire ni quelles interventions auraient les plus grands effets.

Dans l'administration publique, nous avons redéfini ce qu'il y avait à faire dans chacun des domaines de la politique sociale. Nous avons clairement indiqué au Service de santé les interventions précises à faire. Le service pouvait prendre d'autres mesures, mais si les ressources ne permettaient de financer qu'un certain nombre d'interventions, il devait se concentrer sur celles-ci.

Nous avons mis au point des programmes de leadership. Nous avons un organisme national qui aide les administrations locales à réaliser leur programme. Nous avons collaboré avec cet organisme pour favoriser le leadership local en matière de santé et d'inégalités. Les administrations locales ont elles-mêmes produit des repères définissant ce qu'on peut considérer comme des résultats satisfaisants dans la lutte contre les inégalités en matière de santé. Elles procèdent à des autoévaluations fondées sur l'opinion de pairs pour déterminer si elles sont dans la bonne voie. Nous avons agi de façon à persuader les gens et à encourager le leadership.

Notre équipe nationale de soutien se compose de professionnels des administrations locales, du Service de santé et d'autres partenaires. Ces gens analysent ce qui a été fait et évaluent la situation locale, de concert avec l'administration locale et les collègues du Service de santé. Ils recommandent ensuite un plan d'action prévoyant les investissements à faire, en collaboration avec l'organisation locale.

Ce sont les principaux mécanismes qui devraient exister dans chaque collectivité. Nous insistons de plus en plus pour que les collectivités locales prennent leurs propres décisions au sujet de leurs besoins les plus urgents. De notre côté, nous avons essayé de définir des normes et un cadre clair, sur la base de ce qui produit manifestement les meilleurs résultats.

Senator Cook: From a structural viewpoint, I would like you to explain more fully about your health inequalities unit and your local area agreements. Are they facilitators or is there an authority there? I am trying to interface the two levels of governance and to see if there is an option.

Also, do you have outcome evaluations? Finally, what is the responsibility of the national government? I am trying to establish linkages along the continuum to get to the person.

Dr. Adshead: Our health inequalities unit is a team based within the health ministry. They are responsible for policy development and supporting delivery of health inequalities policy.

We are currently considering whether we should strengthen that by having more cross-government presence. Our chief minister for health is doing a review of inequalities at the moment to see how we can improve what we are doing. That is one of the things on the table.

There are examples across government — both for climate change and something similar we are currently doing for obesity — where having civil servants seconded in from other government departments, forming more of a joint leadership unit across government, is felt to be effective. They are looking at that model. At the moment, that is what we have. That unit starts with civil servants. They have core governmental and policy skills, but we also bring in experts in the field to work with them, and they work very closely with academics in terms of reviewing the strategy.

As to local area agreements, the local government is expected to form a local strategic partnership made up of the public sector, volunteer sector, and community and business representatives. For us, the latter would be something like the local Chamber of Commerce.

Initially, they were strategic leadership groups. More recently, they have been required to put together what they are going to deliver through a “local area agreement.”

Why what I was describing on the local targets and indicators is more important is that in the past, they agreed to come up with an investment package because they had to. Now what we are saying to our health service, and also to local government, is you share mainstream business to sort out policies and to tackle obesity so your investment needs to follow the strategy. Together, they are judged on the outcomes that they achieve. That is very different from having a talking shop, where you agree it would be nice to do something together on inequalities. They are now much more bound in. Their own performance, how they are judged by our regulators, depends on joint action on this in the future.

Le sénateur Cook : J'aimerais que vous nous expliquiez plus complètement la structure de votre Unité des inégalités en matière de santé et vos ententes locales. Les membres de l'unité agissent-ils comme facilitateurs ou bien ont-ils des pouvoirs? J'essaie d'établir le lien entre les deux niveaux de gouvernance pour voir s'il existe un choix.

Par ailleurs, faites-vous des évaluations des résultats? Enfin, quelle est la responsabilité du gouvernement national? Je répète que j'essaie d'établir des liens entre le sommet de la structure et la personne en cause.

Dre Adshead : Notre Unité des inégalités en matière de santé est une équipe basée au ministère de la Santé. Elle est chargée de l'élaboration des politiques et de l'appui à la mise en œuvre du programme de lutte contre les inégalités en matière de santé.

Nous examinons actuellement l'opportunité de renforcer l'unité en lui assurant une plus grande présence pangouvernementale. Notre principal ministre de la Santé examine actuellement les inégalités pour déterminer de quelle façon nous pouvons améliorer ce que nous faisons. C'est l'un des projets envisagés en ce moment.

Il y a d'autres cas, comme les changements climatiques et un autre projet que nous réalisons actuellement pour combattre l'obésité, où des fonctionnaires détachés pour constituer un leadership conjoint à l'échelle de l'administration publique ont produit des résultats probants. Ce modèle est donc à l'étude. C'est là que nous en sommes pour le moment. L'unité se compose au départ de fonctionnaires qui ont des compétences de base sur le plan de l'administration et des politiques, mais elle fait également appel à des experts et collabore très étroitement avec des universitaires pour examiner la stratégie.

Pour ce qui est des ententes locales, les administrations locales doivent en principe former des partenariats stratégiques locaux comprenant des représentants du secteur public, du secteur bénévole, des organisations communautaires et du monde des affaires. Pour nous, c'est un peu comme des chambres de commerce locales.

Au départ, il y avait les groupes de leadership stratégique. Plus récemment, on a demandé aux administrations locales de définir ce qu'elles comptaient faire dans une entente locale.

Les objectifs et les indicateurs locaux que j'ai mentionnés revêtent actuellement une grande importance car, dans le passé, on établissait des plans d'investissement parce qu'il fallait le faire. Aujourd'hui, nous demandons au Service de santé et aux administrations locales d'assumer la responsabilité des politiques ou de s'attaquer à l'obésité, de sorte que leurs investissements doivent être conformes à la stratégie. Ils sont jugés ensemble en fonction des résultats qu'ils obtiennent. C'est très différent de l'approche antérieure dans laquelle les partenaires tenaient une réunion et convenaient qu'il serait utile d'agir ensemble contre les inégalités. Aujourd'hui, les partenaires sont beaucoup plus responsables. Leur rendement et le jugement porté sur eux par les organismes de réglementation dépendent de leur action commune.

For local people, we have produced local community health profiles that provide residents with an idea of how their area compares for things like obesity, smoking and life expectancy. It is a snapshot, a simple profile of health, because one of the things we have been interested in is how local people get accountability from their local government on what they do and how they join together.

Through a local government act, we require local authorities and health service to work together on a joint strategic needs assessment, whereby they assess the needs of the local population.

The directors of public health are jointly appointed on a local government and health service, so they work across the local community. They produce an annual report. Within that, they can discuss issues — if they think it is a big issue at the local level and the scrutiny committee of local government should consider that issue. Again, the scrutiny committees are set up locally. They are backbench committees, if you like, of local government that consider the best interests of local people.

In a snapshot, those are the local area agreements. I hope that gives you a broader understanding of how that fits into the local government and the local partnership architecture.

The new framework that the finance minister set up and that we are focusing on through the operating framework, which is our planning document for the health service, is focusing increasingly on outcomes. The public service agreement — which is our jargon for what we at the Department of Health have promised to the finance ministry — says deliver improved health and well-being for all, it is now backed up by very specific indicators, of which there are about 40 at a local level. We are judged as local governments in the health service. Are we improving in all ages and causes at the local level? We have to be accountable for how outcomes at the local level feed through to outcomes at a national level. Our status report will review inequalities and will link that back to what we are doing to close the gap, for example, on life expectancy.

That then flows into how we are held accountable nationally. Basically, if the continuity from national government to local government does not add up, then we do not get the target delivery that we need. In a way, that is how it works.

The accountability at the national level is through answering the question: Are we delivering the outcomes we promised to deliver? It is done through political cabinet committees, as I have described.

In terms of how it reaches the person, we are trying to think about understanding the situation of local people. I have mentioned that we could meet our targets. What we did as part of that was go out into the communities and ask local people what their experience was around dying too young in their communities

Pour les populations locales, nous avons produit des profils de santé des collectivités qui donnent aux habitants une idée de la situation de leur région par rapport aux autres sur les plans de l'obésité, du tabagisme et de l'espérance de vie, par exemple. Il s'agit d'un simple aperçu qui donne à la population locale la possibilité de porter un jugement sur ce que ses administrateurs font et sur les mesures de coordination qu'ils prennent.

La Loi sur les administrations locales impose aux autorités locales et au Service de santé de faire ensemble une évaluation stratégique des besoins de la population locale.

Les directeurs de la santé publique sont conjointement nommés au sein d'une administration locale et du Service de santé. Ils produisent un rapport annuel, dans lequel ils parlent des problèmes locaux qu'ils jugent importants et sur lesquels ils veulent attirer l'attention du comité de surveillance de l'administration locale. Ces comités de surveillance sont établis à l'échelle locale. Ils se composent de citoyens chargés de veiller à ce que les administrateurs agissent dans l'intérêt de la population locale.

Voilà donc un bref aperçu des ententes locales. J'espère que cela vous permet de mieux comprendre comment elles s'inscrivent dans l'architecture des administrations locales et des partenariats locaux.

Le nouveau cadre de fonctionnement que le ministre des Finances a établi — il s'agit de notre document de planification relatif au Service de santé — est de plus en plus axé sur les résultats. Notre entente de service public — c'est ainsi que nous désignons dans notre jargon ce que le ministère de la Santé s'est engagé à faire auprès du ministère des Finances — prévoit de dispenser de meilleurs services de santé et de bien-être social à tous, sur la base d'indicateurs très précis, dont une quarantaine s'appliquent à l'échelle locale. Nous sommes jugés au même titre que les administrations locales et le Service de santé. Obtenons-nous des améliorations dans tous les groupes d'âge et pour toutes les causes au niveau local? Nous sommes responsables de la contribution des résultats locaux aux résultats nationaux. Notre rapport d'avancement examinera les inégalités et les reliera à ce que nous faisons pour réduire l'écart sur le plan de l'espérance de vie, par exemple.

Cela se répercute ensuite sur la façon dont nous sommes tenus responsables à l'échelle nationale. Bref, si ce que nous faisons à l'échelle nationale ne se reflète pas dans les résultats obtenus par les administrations locales, nous n'atteignons pas l'objectif de prestation attendu. En un sens, c'est ainsi que cela fonctionne.

La responsabilité à l'échelle nationale est établie par la réponse à la question suivante : avons-nous obtenu les résultats que nous avons promis d'atteindre? Cela se fait par l'intermédiaire des comités politiques du Cabinet, comme je l'ai déjà expliqué.

Pour déterminer les effets au niveau individuel, nous essayons de comprendre la situation des populations locales. J'ai mentionné que nous pouvions atteindre nos objectifs. Pour le faire, nous sommes allés dans les collectivités pour interroger les gens sur leur propre expérience en ce qui concerne les décès

— what the issues were. What we found was a policy of aspiration. Very sadly, people in deprived communities said it is quite normal to die in your 40s and 50s.

Part of what we are exploring now for individual policy arms — for example, to help give up smoking — is exactly what is the experience in deprived communities around smoking. How can we understand where it starts and how can we motivate them to quit smoking and what are the barriers in our service system?

We have tried not only to think about how we understand things at a national level, but we are trying to tailor our services in a different way so that we make that connection between the big macroeconomic changes in terms of reducing child poverty, but link it to best access services in the public sector.

Senator Cook: Do you have any evidence-based information or evaluations of your outcomes?

Dr. Adshead: We do; the status report produced by our scientific committee each year links where we are in the outcomes with where we think it fits in with the evidence. For example, where we are beginning to show closure on the infant mortality target, they will then say, since there has been a reduction in child poverty, why is this not closing to a greater extent?

All the interventions I have mentioned — the package to prevent early death from cardiovascular disease — are based on the best evidence of what we think will have an impact. Our national health institute, which is the body that looks at evidence, is actually looking at inequalities. I have also reviewed specific topics around how you get, for example, people in deprived communities to give up smoking. We continually try to refine our evidence, but we are also looking at our targets in terms of how we can understand our success and failure based on evidence.

Senator Cochrane: Dr. Adshead, you seem to have a great organization and you are well connected with the various departments, which impresses me. I hope that we will meet with some success as well.

Many of my questions have been answered but I want to know what factors have contributed to the adoption of this pan-government policy?

Ms. Adshead: When our Labour government came into power over 10 years ago, it promised that it would return to the issue of health inequalities and social justice. If you look across government policy, the cross-government action plan on health inequalities is backed up by a whole range of issues around how to improve inequalities across social policy.

prématurés. Nous avons constaté qu'il y avait une certaine attitude de résignation. C'est triste à dire, mais les gens des collectivités défavorisées trouvaient qu'il était parfaitement normal de mourir dans la quarantaine ou la cinquantaine.

Nous essayons donc, pour chacun des aspects de notre politique, comme la lutte contre le tabagisme, de connaître l'expérience des gens dans les collectivités défavorisées. Nous souhaitons comprendre ainsi où il faut commencer, comment inciter les gens à cesser de fumer et de quelle façon éliminer les obstacles à la prestation des services.

Nous avons essayé de réfléchir non seulement à la façon de faire les choses à l'échelle nationale, mais aussi aux moyens d'adapter nos services pour faire le lien entre les grands changements macroéconomiques liés à la réduction de la pauvreté chez les enfants et l'amélioration de l'accès aux services publics.

Le sénateur Cook : Disposez-vous de renseignements factuels ou d'évaluations de vos résultats?

Dre Adshead : Oui. Le rapport d'avancement produit chaque année par notre comité scientifique fait le lien entre nos résultats et les effets que nous leur attribuons sur les réalités sociales. Par exemple, quand nous réussissons à réduire l'écart au chapitre de la mortalité infantile, le comité nous demandera pourquoi, compte tenu de la diminution de la pauvreté chez les enfants, nous n'avons pas réduit davantage l'écart.

Toutes les interventions que j'ai mentionnées, comme le programme destiné à prévenir les décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires, sont basées sur les meilleures données disponibles quant aux mesures les plus efficaces. Notre Institut national de la santé, qui examine ces données, considère également les inégalités. J'ai en outre étudié la documentation spécialisée concernant, par exemple, les moyens d'inciter les gens des collectivités défavorisées à cesser de fumer. Nous essayons constamment d'obtenir des données plus précises, mais nous tentons en même temps d'adapter nos objectifs en fonction des succès et des échecs enregistrés.

Le sénateur Cochrane : Docteur Adshead, vous semblez avoir une excellente organisation et de très bons contacts avec les différents ministères et organismes, ce que je trouve vraiment remarquable. J'espère que nous aurons nous-mêmes un certain succès.

Vous avez déjà répondu à beaucoup de mes questions, mais je voudrais savoir quels facteurs ont contribué à l'adoption de cette politique pangouvernementale.

Dre Adshead : Lorsque le gouvernement travailliste a pris le pouvoir, il y a un peu plus de 10 ans, il avait promis de s'occuper de la question des inégalités en matière de santé et de la justice sociale. Si vous considérez l'ensemble de la politique gouvernementale, vous constaterez que le plan d'action pangouvernemental sur les inégalités en matière de santé s'appuie sur toute une gamme de mesures destinées à remédier aux disparités sociales.

A key indicator is education attainment in deprived groups. The education ministry has a whole raft of policies that look at that outcome. In a sense, they are backed up. Political will was an absolutely key issue for us. Another driver was getting everyone together to review the evidence. I would not underestimate the importance of the finance minister and the Treasury's review of the evidence and what each government department must do. In a sense, that binds people into a shared solution. Of course, if the targets and indicators that each government department needs to follow and the money they get is linked to that, then that also binds them in. Political will to action, a shared evidence-base and targets that help the core purpose of the ministry are key.

It is important to emphasize, though, that other ministries might not necessarily think that some of the targets they have, whether educational standards or tapping into poverty, are about tackling health inequalities. Instead, they would think it is about their core business.

Part of the trick, and part of what I have learned, is that you need to frame tackling inequalities in a way that basically says to other colleagues: I can help you achieve your educational standards if you help us. It is a win-win situation because health outcomes, which are what health inequalities are about, is a key to the health ministry. However, it is only of secondary importance to an education ministry, no matter how much the government as a whole might wish to tackle inequalities.

Seeing how each government can act on things is very important. That is one of the reasons that when we reviewed the targets a couple of years back, we learned the lesson that unless we bind other ministries in the shared goal, we will not achieve those kinds of mutual aims.

A new performance matrix — our comprehensive spending review — will give you the kind of shared focus that had been lacking in terms of each having to deliver something for a common purpose. In the past it has been more about delivering your bit of the jigsaw puzzle. Obviously, it is open to debate, given that it is early days and they have only just begun this spending round, as to whether it will lead to even greater delivery.

Senator Cochrane: Did you find that some departments simply declared that they would not partake of the study?

Ms. Adshead: I was not around for the 2002 review, so I do not know. Basically, if the finance ministry tells a department that they have to undertake something, they do it. It was done with a political agreement across all departments.

Senator Cochrane: You have a real leader, I think.

You mentioned the 12 national indicators. Did you have to add more indicators after your study went forward?

Le niveau d'instruction des groupes défavorisés constitue un important indicateur. Le ministère de l'Éducation a tout un éventail de politiques axées sur ce résultat. En un sens, elles sont appuyées. La volonté politique était pour nous un facteur absolument essentiel. Un autre facteur important a consisté à réunir tout le monde pour examiner les faits. Je ne saurais trop insister sur l'importance de l'examen par le ministre des Finances et le Trésor de la situation et de ce que chaque ministère devait faire. En un sens, cela rassemble les gens autour d'une solution commune. Bien entendu, si les objectifs et les indicateurs de chaque ministère ainsi que les crédits qu'il obtient sont liés à cela, tout le monde se sent concerné. La volonté politique d'agir, des données factuelles communes et des objectifs axés sur le but fondamental du ministère jouent un rôle essentiel.

Il importe cependant de souligner que d'autres ministères ne pensent pas nécessairement que certains de leurs objectifs, qu'il s'agisse de normes d'éducation ou de lutte contre la pauvreté, sont liés aux inégalités en matière de santé. Ils peuvent plutôt croire que ces objectifs font partie de leurs fonctions de base.

Le truc, comme je l'ai appris, consiste à présenter les inégalités de telle façon que les collègues puissent se dire : Si je contribue à la réalisation de cet objectif, je pourrai en même temps me rapprocher des normes que je vise en matière d'éducation. Finalement, tout le monde y gagne parce que l'état de santé de la population, qui est l'objet de la lutte contre l'inégalité, constitue l'objectif de base du ministère de la Santé. Toutefois, il ne représente qu'un objectif secondaire pour un ministère qui s'occupe d'éducation, quels que soient les efforts déployés par le gouvernement dans son ensemble pour combattre les inégalités.

Il est très important de voir de quelle façon chaque ministère peut agir. C'est l'une des raisons pour lesquelles, quand nous avons révisé les objectifs, il y a deux ans, nous avons compris qu'à moins d'intéresser les autres ministères à l'objectif commun, nous ne pourrions pas en arriver aux résultats voulus.

Une nouvelle matrice de rendement — notre examen global des dépenses — permet de réaliser la convergence qui avait manqué auparavant en imposant à chacun de faire quelque chose en vue d'un objectif commun. Dans le passé, chacun fournissait sa petite part de son côté. Bien entendu, nous ne savons pas encore si nous arriverons ainsi à vraiment améliorer la situation parce que nous n'en sommes qu'aux premiers stades et que nous venons tout juste d'entreprendre ce cycle budgétaire.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que certains ministères ont tout simplement dit qu'ils ne voulaient pas participer à l'étude?

Dre Adshead : Je n'étais pas là au moment de l'examen de 2002. Je ne peux donc pas vous répondre. Néanmoins, si le Trésor dit à un ministère de faire une chose, le ministère obtempère. Cela faisait l'objet d'une entente au niveau politique, qui s'étendait à tous les ministères.

Le sénateur Cochrane : Je suppose que vous avez un vrai chef.

Vous avez parlé de 12 indicateurs nationaux. Avez-vous dû ajouter d'autres indicateurs plus tard?

Ms. Adshead: Yes, we have refined the indicators. We have the cycle of a spending round every two to three years. This time, we have refined the indicators from experience because, at a local level, we used to require people to monitor life expectancy. However, at the time between any action in the health service or local government between life expectancy and the local community changing, the service delivery is so long that it is not meaningful. We have adopted targets like all-cause/all-age mortality because it is much timelier and much more linked to action at the local level.

Each time the finance ministry decides how it will give its money out and manage across government, it decides on the indicators. The review that we did together on the inequalities targets a year or so back is fed into the spending review round this time.

Senator Cochrane: I am interested in your measuring progress. Have you been able to accurately measure the progress using the indicators that you have chosen?

Ms. Adshead: That is a very good question. I just described how we have used indicators that are timelier and more specific to local action, like all-cause mortality, for instance. The problem is that when the indicators at a national level, like the life expectancy target or infant mortality, change or do not change, the issue becomes how to link it to causality. That is one reason that is happening and why we have been trying to break it down more to a local level so we can understand where people are succeeding in delivering the targets, where they are not succeeding and then look at the methods of delivery.

We use the best evidence to model what we think would have the biggest impact. For example, we know that the life expectancy for smokers is the single biggest contributor to our gap in life expectancy; and we know it will hold true. The question arises at the local level and whether smoking in some communities might be less of an issue than in other communities.

That is why we have tried to model things at a national level and then link them down to the communities. The dilemma with any indicator, as you would well know, is that you measure what it measures, and many other factors might contribute to success. When our national support team does a review at a local level, it looks at issues such as how much the community has been engaged, the strength of the partnership working and how much commissioning of local services is actually related to inequalities. Often the indicators are not met because of some system problems, leadership and other factors with which you are familiar. You can measure it at a high level but you need to get beneath the data in order to understand what is truly happening.

Dre Adshead : Oui, nous avons perfectionné les indicateurs. Nous avons un cycle de dépenses tous les deux à trois ans. Cette fois-ci, nous avons affiné les indicateurs en fonction de notre expérience. Auparavant, nous demandions aux gens du niveau local de suivre les chiffres d'espérance de vie. Toutefois, le laps de temps qu'il y a entre les mesures prises par le Service de santé ou l'administration locale et la prestation des services que les changements mesurés dans l'espérance de vie n'ont plus beaucoup de sens compte tenu de l'évolution de la population locale. Nous avons donc adopté des objectifs fondés, par exemple, sur les chiffres globaux de mortalité pour tous les âges et toutes les causes, qui sont beaucoup plus actuels et davantage liés aux mesures prises à l'échelle locale.

Chaque fois que le ministère des Finances décide de la répartition des fonds, il choisit aussi les indicateurs. L'examen des objectifs relatifs aux inégalités que nous avons réalisé ensemble il y a près d'un an a servi de base dans le cycle de dépenses actuel.

Le sénateur Cochrane : Je m'intéresse aux progrès que vous avez réalisés sur le plan des mesures. Avez-vous réussi à mesurer avec précision les progrès à l'aide des indicateurs que vous avez choisis?

Dre Adshead : C'est une très bonne question. Je viens de vous expliquer de quelle façon nous avons choisi des indicateurs plus actuels et mieux liés à l'action locale, comme la mortalité toutes causes confondues. Le problème des indicateurs nationaux, comme l'espérance de vie ou la mortalité infantile, c'est qu'il est très difficile d'établir les relations de cause à effet. C'est la raison pour laquelle nous avons essayé d'obtenir des chiffres au niveau local, afin de déterminer à quels endroits les objectifs sont atteints, à quels autres ils ne le sont pas et d'examiner les méthodes de prestation correspondantes.

Nous utilisons les meilleures données pour déterminer, à l'aide de modèles, les mesures qui ont les plus grands effets. Nous savons par exemple que l'espérance de vie des fumeurs constitue le facteur qui contribue le plus à l'écart enregistré dans les chiffres d'espérance de vie. Nous savons que c'est vrai. Au niveau local cependant, on peut se demander si le tabagisme pose un plus grand problème dans certaines collectivités que dans d'autres.

Nous avons donc essayé de modéliser les choses à l'échelle nationale, puis de descendre à l'échelle locale. Comme vous le savez bien, la difficulté de tout indicateur, c'est qu'il ne mesure qu'un élément, alors que de nombreux autres facteurs peuvent avoir contribué au succès. Lorsque notre équipe nationale de soutien réalise un examen au niveau local, il étudie des choses telles que le degré d'engagement de la collectivité, la force du partenariat établi et la mesure dans laquelle les services locaux sont effectivement liés aux inégalités. Il arrive souvent que les objectifs ne soient pas atteints par suite de problèmes systémiques, d'un manque de leadership ou d'autres facteurs que vous connaissez sans doute. Il est toujours possible de mesurer à un niveau élevé, mais il faut aller au-delà des chiffres pour comprendre ce qui se passe réellement.

The Chair: I would like you to follow up on your comments on education. Senator Fairbairn will be interested in this because she has spent a large part of her time in the Senate trying to deal with literacy in Canada. Educational levels, even in our complex mosaic of government in Canada, can be measured. We can measure how many people have primary, secondary and post-secondary educations. If we could apply one of your tool kits at the local level, we could measure the effects of the interventions on local education.

Would you expand on that? Senator Fairbairn will follow up in a minute.

Dr. Adshead: I should first say that I am not a specialist on education policy. At the moment, our tool kits simply focus on what our health service can do. They do not focus on education, per se. The kind of work we have been doing with the Department for Children, Schools and Families is around skills and health literacy. In England, we have a problem with literacy levels in the adult population. We know one of the reasons why people do not necessarily look after their health or go to health services is because they do not understand the need; they basically cannot read and write. What we have been doing is linking developing adult literacy with health because people are normally very interested in their health. It is often a way of de-stigmatizing some of the education interventions. That has been one approach. Generally, the education ministry has a whole raft of policies to improve statistics on math, reading, et cetera, at the local level. In deprived groups, that is the indicator we use at a national level.

Where we are trying to commission information at the moment, is how we could do economic modelling across social policy to look at how these things interconnect so that we know, for example, that if you tackle drugs and alcohol problems at a local community, you are more likely to improve health outcomes, as well as crime rates. We are looking at the relative contribution of that modelling.

The international evidence regarding education is very strong. The Commission on Social Determinants of Health, with which you are familiar, is looking at education as one of its prime areas.

Senator Fairbairn: I listened carefully to your words and was left virtually speechless in trying to get the sense of how you are dealing with the two very difficult issues of health and literacy.

I know that Britain has, in its recent years, done some extraordinary work on the literacy level with the mindset of knowing that if you have not dealt with literacy, then it is very hard to engage your population with these important issues. I am

Le président : J'aimerais vous demander plus de précisions au sujet de l'éducation. Madame le sénateur Fairbairn s'intéresse à cet aspect parce qu'elle a consacré beaucoup du temps qu'elle a passé au Sénat à s'occuper d'alphabétisation. Même dans la mosaïque complexe du Canada, il est possible de mesurer les niveaux d'instruction. Nous pouvons déterminer le nombre de personnes qui ont fait des études primaires, secondaire et postsecondaires. Si nous pouvions recourir à l'une de vos trousseaux d'outils au niveau local, nous pourrions mesurer les effets des interventions sur l'éducation locale.

Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet? Le sénateur Fairbairn aura d'autres questions dans quelques instants.

Dre Adshead : Je dois d'abord dire que je ne suis pas une spécialiste de la politique d'éducation. Pour le moment, nos trousseaux d'outils sont axés sur ce que notre Service de santé peut faire. Elles ne ciblent pas l'éducation en soi. Le genre de travail que nous avons accompli de concert avec le Département des enfants, des écoles et des familles concernait l'alphabétisation et la compréhension de la notion de santé. Nous avons en Angleterre un problème d'analphabétisme dans la population adulte. Nous savons que l'une des raisons pour lesquelles les gens ne se font pas soigner ou ne s'adressent pas aux services de santé est qu'ils n'en comprennent pas le besoin, ne sachant pratiquement pas lire et écrire. Nous avons donc essayé d'établir un lien entre l'alphabétisation des adultes et la santé parce que, d'habitude, les gens s'intéressent beaucoup à leur état de santé. C'est souvent un moyen de déstigmatiser certaines interventions éducatives. C'est l'une des approches auxquelles nous avons eu recours. D'une façon générale, le ministère de l'Éducation a toute une panoplie de politiques destinées à améliorer les chiffres de mathématiques, de lecture, et cetera. au niveau local. Pour les groupes défavorisés, c'est l'indicateur que nous utilisons à l'échelle nationale.

Nous essayons actuellement de recueillir de l'information sur la façon de faire de la modélisation économique dans le contexte de la politique sociale pour déterminer les liens entre différents facteurs. Nous pourrions ainsi déterminer, par exemple, si la lutte contre la drogue et l'alcool dans une collectivité locale peut améliorer l'état de santé général et réduire les taux de criminalité. Nous examinons les contributions relatives que révèle cette modélisation.

Les données recueillies à l'échelle internationale confirment la grande importance du rôle de l'éducation. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé, que vous connaissez, a classé l'éducation parmi ses principaux secteurs d'intérêt.

Le sénateur Fairbairn : Vous ayant écoutée avec beaucoup d'attention, je suis vraiment impressionnée par la façon dont vous vous attaquez à deux problèmes très difficiles, la santé et l'alphabétisation.

Je sais que la Grande-Bretagne a fait ces dernières années un travail extraordinaire dans le domaine de l'alphabétisation parce que vous avez compris qu'à moins de combattre l'analphabétisme, il est très difficile de persuader la population de participer à ces

curious about the level of learning that people of all ages are dealing with in our country and in yours. It is not like a school project; it is far more difficult than that.

In particular, what programs do you have for seniors? It is very difficult on seniors who do not have significant levels of literacy in our modern age. It is difficult regardless of a government's best intentions and their efforts undertaken in health.

How do you join with the people on the ground in trying to reach out to that group? I am thinking of seniors themselves, and young parents raising their families. For seniors, life and health, et cetera, are fundamental issues. At the other end are young parents who are raising their families and may be experiencing a great deal of difficulty with literacy.

Dr. Adshead: Concerning schools, some of the work we have been doing on health follows some of the WHO approaches with the National Healthy Schools Programme. We have a target that, by 2009, all schools will be healthy schools. We have recently increased our standard recently of what that means. Healthy schools mean improved action on diet, nutrition, physical activity, personal education and so on. That creates the framework for some of the policy areas on improving numeracy and literacy levels within primary and secondary schools. We are trying to make the whole school environment a healthy environment, both for the pupils and also the teachers.

In addition, we have an extended school program. In this program, schools think about the role they can play in the broader community, and how they can improve facilities for families as well. As an example, parents have the opportunity to participate in health promotion.

You are correct; there is a big involved in getting young parents to understand that health issues are linked to literacy. Some of our health programs have actually focused on what is basically a "community mothers" approach which is based around peer educators. Peer education is linked into mothers, which, in the package, improves health and helps understanding, including literacy skills. There have been some targeted programs in what we call Skills for Health or health-literacy programs, and we have targeted parents.

We have also been looking more broadly at how we make our health promotion messages more relevant to deprived communities. We recently launched a campaign developed for mothers in deprived communities to look at healthy eating.

The advice given was not something that a richer family would do. It is understanding the barriers the less privileged might face and then tailoring the health promotion messages to their own situation. An important issue has also been the average literacy in those communities.

importantes initiatives. Je suis curieuse de savoir dans quelle mesure les gens de différents groupes d'âge peuvent apprendre dans votre pays et dans le nôtre. Ce n'est pas comme un projet scolaire. C'est autrement plus difficile.

En particulier, quels programmes avez-vous pour les aînés? Il est très difficile pour eux de vivre à l'ère moderne s'ils sont peu alphabétisés et ce, en dépit des meilleures intentions du gouvernement et de tous les efforts qu'il déploie dans le domaine de la santé.

Comment réussissez-vous à joindre les gens sur le terrain pour agir auprès de ce groupe? Je pense aussi bien aux aînés qu'aux jeunes parents qui élèvent des enfants. Pour les aînés, la vie, la santé, et cetera, constituent des questions fondamentales. À l'autre extrémité, il y a les jeunes parents qui peuvent connaître de grandes difficultés à cause d'un faible niveau d'alphabétisation.

Dr. Adshead : Dans le domaine scolaire, nous avons adopté certaines des approches de l'OMS en instituant le Programme national des écoles saines. Nous avons pour objectif de rendre toutes les écoles saines d'ici 2009. Nous avons récemment relevé la norme à cet égard. Qu'est-ce qu'une école saine? C'est une école où l'on a pris des mesures renforcées en matière de régime d'alimentation, de nutrition, d'activité physique, d'éducation personnelle, et cetera. Nous créons ainsi un cadre qui nous permet de mettre en œuvre d'autres politiques visant à améliorer les capacités de lecture, d'écriture et de calcul dans les écoles primaires et secondaires. Nous essayons d'assainir tout l'environnement scolaire, aussi bien pour les élèves que pour les enseignants.

De plus, nous avons un programme scolaire élargi dans le cadre duquel les écoles réfléchissent au rôle qu'elles peuvent jouer dans la collectivité et à l'aide qu'elles peuvent donner aux familles. Ainsi, les parents ont la possibilité de participer à la promotion de la santé.

Vous avez raison, il est assez difficile d'amener de jeunes parents à comprendre que les problèmes de santé sont liés à l'alphabétisation. Certains de nos programmes de santé sont en fait axés sur une approche de «mères communautaires» fondée sur les éducateurs de pairs. Cette forme d'éducation est liée aux mères, ce qui, dans l'ensemble, améliore la santé et facilite la compréhension, notamment en matière de lecture et d'écriture. Nous avons quelques programmes ciblés dans le cadre des programmes Skills for Health de santé-alphabétisation visant les parents.

D'une façon plus générale, nous avons cherché à concevoir des messages de promotion de la santé qui aient un sens pour les collectivités défavorisées. Nous avons récemment lancé une campagne pour sensibiliser les mères des collectivités défavorisées à une alimentation saine.

Les conseils donnés n'auraient pas convenu à une famille relativement aisée. Il s'agissait de comprendre les obstacles qu'affrontent les familles démunies et d'adapter les messages de promotion de la santé à leur situation particulière en tenant compte du niveau moyen d'alphabétisation dans les collectivités en cause.

Some of our health promotion work has also been linked into an understanding of where people begin in life. That has been linked into health literacy, as well.

In terms of seniors, again, the literacy programs do not discriminate on age. The sort of approaches we have been doing mainly around chronic diseases have tried to actually lean more towards self-care and how we can empower people to look after themselves.

We have developed things like the Expert Patient Programme, which basically develops the skills of individuals to look after their own disease. A lot of work we have been doing with the healthy communities is working with elderly people on how you present food to the community. Again, that has been an empowerment process for not only increasing community understanding but starting from where they are at. There are a few examples of this: Having slippers that do not fit well often leads to falls, improving the level of lighting at night, et cetera. The kinds of collaborative action programs I have mentioned have worked with people in their communities to actually get action to implement the kind of changes which works with and for older people and brings them on board. It is not about doing things to them but trying to do things alongside them.

Those are some of our approaches. I do not know if that is helpful.

Senator Fairbairn: It is very helpful, and it is also a very vigorous response. I regret to say we do not have at the same level in this country. Of course, this is a very large country and it is hard to reach everyone.

What you mentioned is being done with the schools and the parents sounds really first-class. However, I am still worried about the seniors who, very often, are not in a family situation. I think those are the people we worry about. They are at a point in their lives where health and all that goes with it, such as prescriptions and what you have to do, is critical.

Is there an outreach element in your program directed specifically to seniors, in their residences, to make sure that they have the background that will enable them to continue living a decent life?

Dr. Adshead: It is beyond my specific policy responsibility, but one of the key elements we have undertaken in recent years is to bring together health care and social care for older people. This is in an effort to get a more holistic assessment of their needs and more connected solutions of what helps them in their daily lives. Our minister recently announced that older people will be given the opportunity to direct the resources for their care themselves. For example, if they want somebody to help them with their cleaning, they can use the money to pay for that.

There is that outreach, particularly for vulnerable older people in communities. It is not part of our inequalities program, but it is part of the overall government response for older people.

De plus, une partie de notre travail en promotion de la santé nécessitait de comprendre où les gens commencent dans la vie. Cela aussi était lié à l'alphabétisation.

Pour ce qui est des aînés, les programmes d'alphabétisation ne font pas de distinctions selon l'âge. Les approches adoptées, notamment en matière de maladies chroniques, tendent à favoriser l'autotraitement et les moyens d'apprendre aux gens à prendre soin d'eux-mêmes.

Nous avons pris des initiatives telles que le Programme du patient expert, qui vise essentiellement à apprendre aux gens à soigner leur propre maladie. Une grande partie du travail accompli dans le contexte des collectivités saines a consisté à aider les aînés à préparer et à présenter des aliments. C'était encore une fois un processus d'habilitation tendant à augmenter les connaissances dans la collectivité, en commençant à un niveau assez élémentaire. Il s'agit, par exemple, d'expliquer que des pantoufles trop grandes ou trop petites peuvent entraîner des chutes, qu'il est important d'avoir un éclairage suffisant la nuit, et cetera. Les programmes d'action conjoints que j'ai mentionnés ont permis de prendre des mesures pour introduire des changements adaptés aux personnes âgées, qui les persuadent de participer. Il s'agissait donc non de les forcer à faire certaines choses, mais de les amener à les faire d'elles-mêmes.

Ce sont là quelques-unes de nos approches. Je ne sais pas si vous trouverez ces renseignements vraiment utiles.

Le sénateur Fairbairn : Ils sont très utiles. Je trouve aussi votre réponse très énergique. Je regrette de dire que nous n'en sommes pas à ce niveau dans notre pays. Bien sûr, le Canada étant très vaste, il est difficile de toucher tout le monde.

Le travail que vous faites dans les écoles et auprès des parents me semble extraordinaire. Je m'inquiète cependant des aînés qui, très souvent, ne vivent pas dans un environnement familial. C'est d'eux que je me soucie le plus. Ils en sont à une étape de leur vie où la santé et tout ce qui l'entoure, comme les ordonnances et les choses à faire, jouent un rôle critique.

Avez-vous dans votre programme un élément visant particulièrement les aînés chez eux, afin de veiller à ce qu'ils disposent des renseignements de base qu'il leur faut pour mener une vie décente?

Dre Adshead : Cela déborde le cadre de mes responsabilités, mais nous avons essayé dans les dernières années de coordonner les soins de santé et l'aide sociale pour les aînés. Nous voulons ainsi obtenir une évaluation plus globale de leurs besoins pour en arriver à des solutions adaptées qui les aident vraiment dans leur vie quotidienne. Notre ministre a récemment annoncé que les personnes âgées auraient la possibilité de décider elles-mêmes de l'affectation des ressources qui leur sont attribuées. Par exemple, si elles veulent de l'aide pour faire leur ménage, elles peuvent utiliser l'argent à cette fin.

Nous avons donc ces programmes destinés particulièrement aux aînés vulnérables dans les collectivités. Ils ne font pas partie du programme visant les inégalités, mais s'inscrivent plutôt dans les initiatives générales du gouvernement en faveur des personnes âgées.

Senator Fairbairn: Thank you very much.

Mr. Chairman, if possible, it would be interesting to receive from our witness the material showing how they deal with this issue. I know they do it well in Britain. It is tougher in Canada because we are a large country.

The Chair: Dr. Adshead's office has been tremendous in supplying us with material. I am sure she will supply whatever she can in that area too. I will be in touch with her further about that information.

Senator Brown: Can you give us an idea of the average patient wait times from diagnosis to treatment or surgery for chronic pain or health problems such as knees, hips, joints and back pain?

Dr. Adshead: The government has been keen in recent years to reduce waiting times. We have a policy that we are prioritizing to reduce all waiting to 18 weeks from the time a patient is seen to getting treatment in place.

I cannot remember exactly where we are on that, but we are making good progress. In the next two years we are to bring it down to a national standard. That is requiring a lot of coordinated activity on things such as diagnostics and all things that tend to hold people up.

I know that people's perception of the health service in England is that we have long waiting times. That is precisely why our ministers have put so much effort into reducing that time.

Senator Brown: Can you tell us what percentage of the U.K. health budget is consumed by administration and what percentage goes to the doctors and nurses that provide the actual patient care?

Dr. Adshead: I am afraid I cannot off the top of my head. The majority of it goes to patient care. I can find out for you, but compared to some other health systems, we have a relatively small proportion going to administration.

Senator Brown: Some of your health care is famous around the world. For instance, the Birmingham hip is a replacement for people who have degenerative hip joints. I know people in Alberta who have gone to England to have hip replacements and were extraordinarily pleased with them.

I want to know if that is also available to the general public in Birmingham. If they wanted to have a hip replacement themselves quickly, would they be able to do that?

Dr. Adshead: They would be subject to the 18 week waiting time commitments I outlined. It depends, essentially, on their local commissioner.

Senator Pépin: Bonjour and thank you for sharing your experience and successes.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup.

Monsieur le président, il serait intéressant d'obtenir, si possible, de notre témoin de la documentation sur les moyens mis en œuvre dans ce domaine. Je sais que la Grande-Bretagne s'occupe bien de ses aînés. C'est plus difficile au Canada à cause de l'étendue du pays.

Le président : Le bureau de Dre Adshead a remarquablement bien collaboré avec nous sur le plan de la documentation. Je suis sûr qu'elle nous fournira également tout ce qu'elle pourra trouver dans ce domaine. Je prendrai contact avec elle plus tard au sujet de cette information.

Le sénateur Brown : Pouvez-vous nous donner une idée du temps moyen d'attente des patients entre le diagnostic et le traitement ou l'intervention chirurgicale pour les douleurs chroniques et les problèmes du genou, de la hanche, des articulations et du dos, par exemple?

Dre Adshead : Le gouvernement s'est efforcé de réduire les temps d'attente dans les dernières années. Notre politique sur les priorités vise à réduire l'attente dans tous les cas à 18 semaines entre la première visite du patient et le traitement.

Je ne me souviens pas exactement du point où nous en sommes actuellement, mais nous progressons bien. Nous devrions pouvoir atteindre une norme nationale d'ici deux ans. Il faut pour cela coordonner beaucoup d'activités, comme le diagnostic et toutes les autres choses qui retardent le traitement.

Je sais que beaucoup ont l'impression que les temps d'attente sont longs en Angleterre. Voilà pourquoi nos ministres ont déployé tant d'efforts pour réduire l'attente.

Le sénateur Brown : Pouvez-vous nous dire quels pourcentages du budget britannique de la santé vont respectivement    l'administration et aux professionnels, médecins et infirmières, qui soignent les patients?

Dre Adshead : Je crains de ne pas pouvoir le faire de mémoire. La plus grande partie du budget est consacrée aux soins. Je peux vous trouver les chiffres, mais je sais que, par rapport à d'autres pays, notre part du budget qui va à l'administration est relativement petite.

Le sénateur Brown : Certains de vos traitements ont acquis une renommée mondiale, comme le resurfa  ge de la hanche de type Birmingham qui permet de traiter l'arthrose de la hanche. Je connais des Albertains qui sont allés se faire opérer la hanche en Angleterre et qui ne tarissent pas d'éloges sur les soins qu'ils ont reçus.

J'aimerais savoir si ce traitement est offert au grand public à Birmingham. Si on veut se faire opérer la hanche rapidement, peut-on le faire?

Dre Adshead : Les gens sont soumis à la règle des 18 semaines d'attente que j'ai mentionnée. Cela dépend surtout de leur commissaire local.

Le sénateur Pépin : Bonjour. Je vous remercie de bien vouloir nous parler de votre expérience et de vos succès.

In Sweden and Quebec, legislation requires that health impact assessment be undertaken when new legislation or regulations are brought forward. Could you tell the subcommittee whether health impact assessments are required under the program for action, and if so, how many assessments have been performed since the program was announced?

Does the agency actively engage in health impact assessment?

Does the Department of Health or another agency provide support for the departments that are required to complete health impact assessments?

How do you ensure that assessments are taken seriously by non-health agencies and not simply regarded as an additional administrative afterthought to policy and program development?

Dr. Adshead: In our 1999 government white paper on public health, there was a commitment to do health impact assessment across government policies. In reality, nothing really changed. Therefore, in 2004, when we did our follow-up public health white paper on government policy, we also made a commitment to health impact assessment. However, this time we gave the cabinet office responsibility for coordination of policy assessment.

When any law goes before Parliament, there is a process of regulatory impact assessment. This is jargon for looking at how that legislation is going to have an impact across government ministries and all businesses, for example. I am not aware of any ministry that has looked at health as a key issue as it has gone forward. It is only best practice. Ministries are not required to do this. We have looked at what resources would be needed, and we have talked to the government school, which trains civil servants, about what it would require. We have assessed that. It would require a resource to give advice on how policy would impact on health.

When I do an assessment in legislation I put forward, I have to do an assessment on how it would impact on local businesses, for example. I would have somebody to go to within another ministry if I want advice on how we frame that. The ministries themselves would come back and comment on it.

I think work is taking place called strategic environment assessment, where we negotiate whether health ought to be part of what is taken into consideration at a local level; for example, when planning applications go forward or when big developments happen within local communities.

That is under discussion at the moment. We have had a committee that has put forward a report on what the government should do — health impact assessments, all their policies — and the recommendation was that they should. I am afraid this is an area where we have had good intentions — we have tried to integrate health impact assessment into best practice — but the

En Suède et au Québec, la loi impose de procéder à une évaluation des répercussions sur la santé chaque fois qu'une nouvelle loi ou un nouveau règlement sont proposés. Pouvez-vous nous dire si de telles évaluations sont exigées dans le cadre de votre programme d'action? Si oui, combien d'évaluations ont été faites depuis que le programme a été annoncé?

Votre organisme s'occupe-t-il activement de l'évaluation des répercussions sur la santé?

Est-ce que le ministère de la Santé ou un autre organisme aide les ministères qui doivent faire des évaluations?

Comment faites-vous pour que les organismes qui ne s'occupent pas de la santé prennent ces évaluations au sérieux et ne les considèrent pas simplement comme une démarche administrative supplémentaire à entreprendre après l'élaboration des politiques et des programmes?

Dre Adshead : Le gouvernement s'était engagé, dans son livre blanc de 1999 sur la santé publique, à évaluer les répercussions sur la santé de toutes les politiques de l'administration publique. En réalité, rien n'a vraiment changé. Par conséquent, en 2004, lorsque nous avons présenté notre livre blanc de suivi sur la politique du gouvernement en matière de santé publique, nous avons également pris un engagement à cet égard, mais nous avons cette fois confié au bureau du Cabinet la responsabilité de coordonner l'évaluation des politiques.

Le dépôt d'un projet de loi au Parlement déclenche un processus réglementaire d'évaluation des répercussions. Dans le cadre de ce processus, on détermine la façon dont la mesure législative influera, par exemple, sur l'ensemble des ministères et des entreprises. À ma connaissance, aucun ministère ne considère la santé comme un élément prioritaire dans l'élaboration de ses politiques. Il ne s'agit que d'une pratique exemplaire. Les ministères ne sont pas tenus de le faire. Nous avons examiné les ressources qui seraient nécessaires et avons discuté avec les responsables de l'école de la fonction publique de ce que l'évaluation implique. Nous y avons donc pensé. Il faudrait disposer de ressources pour donner des conseils concernant les répercussions des politiques sur la santé.

Si je dois évaluer une mesure législative que je propose, il faut que je détermine ses effets sur les entreprises locales, par exemple. Je chargerai quelqu'un d'aller dans un autre ministère si j'ai besoin de conseils sur la façon de procéder. Les ministères eux-mêmes enverraient des commentaires.

Nous faisons ce que nous appelons une évaluation de l'environnement stratégique pour déterminer si la santé doit faire partie des choses à considérer au niveau local, par exemple lors de la présentation de demandes de planification ou lorsque d'importants développements se produisent dans des collectivités.

Cela est en discussion à l'heure actuelle. Un comité a produit un rapport sur ce que le gouvernement devrait faire au sujet de l'évaluation des répercussions sur la santé de l'ensemble de ses politiques. Il a recommandé que l'évaluation soit faite. Je crains que ce ne soit là un domaine pavé de bonnes intentions... Nous avons essayé d'intégrer ces évaluations dans les pratiques

reality is that unless you have something to drive this forward across government, the resources within the civil service or through other means, it tends not to happen.

The Chair: Thank you very much, Dr. Adshead. We were under the impression that Mr. Earwicker was going to talk to us about the health inequalities and social determinants specifically, since he is the coordinator of that program. Is he coming, or will we proceed to question you on that area?

Dr. Adshead: Unfortunately, he is unable to be here because he is doing an urgent briefing for our ministers. If you want to talk to me about it, you can. I will do my best to answer.

The Chair: This is of enormous interest to us in Canada. In addition to the dozen or so determinants of health recognized by yourselves and the World Health Organization, we have another determinant in Canada, which is geography. Some of our people, particularly those who live in the North, have very poor health status.

When our committee embarked on this topic, our interest was to try to identify these areas and the tool kits that could bring together the resources in these areas. The people in the North do not have access to good food in the winter months. They need assistance with housing, sanitation and appropriate food. We would like to elevate their health status to the mean level in Canada.

We are grateful because Britain has established so much in this area. I had the great pleasure of participating with Sir Michael Marmot in Vancouver last spring in a symposium for the world health authority.

However, let me bring you back to this point. As far as I know in Britain, you do not have the disparity we have in Canada. You do not have the extremes of inequalities in health status that we have, but you must have significant pockets of poor health and health inequalities. How do you move in with the organizational knowledge you have now and get on the ground locally, address the dozen or so determinants and move toward correction of these and measure your outcomes?

Dr. Adshead: Are you asking what it is like at the local level?

The Chair: Yes.

Dr. Adshead: Before I did my current job, I was a director of public health in a part of London that has some of the highest levels of deprivation, along with some of the highest levels of affluence, which is not atypical in Britain. There are parts of the country that have high levels of deprivation that are more uniform. However, quite often, poverty sits alongside affluence in the way our society is structured.

exemplaires, mais à moins d'adopter des mesures énergiques pour appliquer cela dans toute l'administration publique et de disposer de ressources dans la fonction publique ou de recourir à d'autres moyens, les choses restent au stade des bonnes intentions.

Le président : Merci beaucoup, docteur Adshead. Nous avions l'impression que M. Earwicker nous parlerait plus particulièrement des inégalités en matière de santé et des déterminants sociaux, puisqu'il est chargé de la coordination de ce programme. Doit-il arriver ou bien devons-nous vous poser les questions que nous avons à cet égard?

Dre Adshead : Malheureusement, il n'a pas pu venir parce qu'il devait présenter d'urgence une séance d'information à nos ministres. Vous pouvez me poser des questions à ce sujet. Je ferai de mon mieux pour y répondre.

Le président : C'est un sujet qui nous intéresse énormément au Canada. À part la douzaine de déterminants de la santé reconnus par vous-mêmes et par l'Organisation mondiale de la santé, nous avons chez nous un déterminant particulier, la géographie. Nous avons des populations, particulièrement dans le Nord, dont l'état de santé laisse beaucoup à désirer.

Lorsque notre comité a abordé ce sujet, nous voulions essayer de déterminer les régions en cause et les outils susceptibles d'y réunir les ressources nécessaires. Les populations du Nord n'ont pas accès à une alimentation saine pendant l'hiver. Elles ont besoin d'aide en matière de logement, d'hygiène et d'alimentation. Nous aimerions amener leur état de santé au niveau de la moyenne canadienne.

Nous savons que la Grande-Bretagne a fait beaucoup de travail dans ce domaine. J'ai eu le grand plaisir de participer avec sir Michael Marmot, le printemps dernier, à un colloque de l'assemblée mondiale de la santé.

Pour revenir à ma question, je dirais qu'à ma connaissance, la Grande-Bretagne n'a pas les mêmes disparités que le Canada. Au chapitre de l'état de santé, vous n'avez pas des écarts aussi extrêmes que les nôtres, mais vous avez quand même des secteurs assez importants caractérisés par un mauvais état de santé et des disparités. Compte tenu de l'expérience organisationnelle que vous avez acquise, comment faites-vous pour agir localement sur le terrain, vous occuper de la douzaine de déterminants que vous utilisez, remédier à la situation et mesurer vos résultats à l'échelle locale?

Dre Adshead : Vous voulez savoir ce qui se passe à l'échelle locale?

Le président : Oui.

Dre Adshead : Avant d'assumer mes fonctions actuelles, j'étais directrice de la santé publique dans un secteur de Londres où se côtoyaient des gens particulièrement défavorisés et des gens très aisés, ce qui n'est pas inhabituel en Angleterre. Il y a aussi des régions du pays qui sont uniformément défavorisées. Toutefois, il arrive souvent dans notre société que la pauvreté côtoie la richesse.

The way we have developed our programs, and the priority we try to give inequalities, is designed to help deliver at the local level. When you are thinking about what that means, if you are responsible for a local community, it means exactly as you suggest — understanding what is going on in much more detail. As part of our policy, we look at what we call our «spearhead areas.» They are the fifth-most deprived local government areas in the country. A lot of the way we target our resources is toward them in terms of money and new programs.

In reality, the number of people who are deprived and really suffer the inequalities we have been describing are more universally distributed throughout England. One of the challenges we are looking at as we develop our inequalities action plan is how we can get down to that smaller level.

In electoral wards — a lot of smaller, local geographic areas with perhaps a few hundred people — they will do the kind of analysis that looks below the big population. They will know that particular housing estates have high levels of deprivation; they will know GP primary care practices that have very deprived clients. A lot of our work tries to get beneath the picture. The trick with inequalities is not only to understand communities at the very local level, but also to tailor interventions to who they are as people. If there is a particular ethnic minority group, it is really important to understand the specific issues they face and their own health beliefs — why they think they have diabetes, for example — and how that relates to how you can treat them better and the services they receive.

Some of the programs that have been working nationally use social marketing, which is basically to use that kind of ethnographic and inside work to advise local communities. There has been some work in the northeast that has looked at mothers in deprived communities who smoke while they are pregnant and how you can design services to help them give it up.

There is another program in London that has looked at using a local boxer who is a hero for the local deprived communities — to help people give up smoking. They also have targeted news agents who sell cigarettes, to do campaigns at the shops where people go to buy cigarettes and to target the brands that people tend to smoke.

The key is to understand who you are dealing with and then target services around who they are and how you get to the direct needs they have. That would be true in rural areas, because although we do not face the geographic issues you face in Canada, we do have communities that are more isolated within geographic patches. That form of approach has to be to join our public sector services to reach them in a different way. I do not know whether that helps to answer your question.

The Chair: It helps a great deal. I mentioned the complexity of our government in Canada. To compound that, we do not have enough public health officers. We have many vacancies. For

Nous avons donc conçu nos programmes et adapté le niveau de priorité accordé aux inégalités de façon à pouvoir agir à l'échelle locale. Si vous êtes responsable d'une collectivité et que vous réfléchissiez à ce que cela signifie, vous constaterez que c'est exactement ce que vous avez mentionné : il s'agit de comprendre ce qui se passe d'une manière très détaillée. Dans le cadre de notre politique, nous considérons ce que nous appelons nos « zones de pointe ». Ce sont les secteurs locaux qui forment le cinquième le plus défavorisé du pays. Nous y consacrons une grande part de nos ressources et de nos nouveaux programmes.

En réalité, les gens défavorisés qui souffrent des inégalités dont je vous ai parlé sont plus largement répartis sur le territoire anglais. Lors de l'élaboration de notre plan d'action sur les inégalités, l'une des difficultés que nous devons affronter est de déterminer comment atteindre les gens à ce niveau.

Dans les districts électoraux, petites régions géographiques ne comptant que quelques centaines d'habitants, nous faisons le genre d'analyses qui permet d'aller en deçà des grandes populations. Nous saurons alors quels lotissements abritent beaucoup de gens défavorisés, quelles cliniques médicales sont fréquentées par des clients pauvres, et cetera. Nous essayons donc de regarder ce que masque le tableau d'ensemble. Pour combattre les inégalités, il ne suffit pas de connaître intimement les petites collectivités; il faut aussi adapter les interventions aux gens qui y vivent. S'il s'agit d'un groupe ethnique minoritaire, il importe de comprendre ses problèmes particuliers et ses attitudes en matière de santé — par exemple, les raisons pour lesquelles les gens croient qu'ils ont le diabète — pour être en mesure d'offrir les meilleurs traitements et les meilleurs services.

Certains des programmes qui ont donné de bons résultats à l'échelle nationale ont eu recours au marketing social, qui consiste essentiellement à utiliser ce genre d'analyse ethnographique pour conseiller les collectivités. Un programme a été mis en œuvre dans le Nord-Est à l'intention des mères défavorisées qui fument pendant leur grossesse pour concevoir des services pouvant les aider à cesser de fumer.

Un autre programme réalisé à Londres a eu recours à un boxeur local considéré comme un héros par les gens défavorisés du coin pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. Le programme a également ciblé les nouveaux établissements qui vendaient des cigarettes, les endroits où les gens vont en acheter et les marques particulières que les fumeurs consommaient.

L'essentiel est de comprendre la population cible, puis d'adapter les services à ses caractéristiques et à ses besoins particuliers. Cela s'applique dans les régions rurales car, même si nous n'avons pas les problèmes géographiques que vous devez affronter au Canada, nous avons des collectivités assez isolées dans certaines régions. L'approche adoptée doit consister à adapter les services dispensés par le secteur public pour les toucher d'une manière différente. Je ne sais pas si j'ai vraiment répondu à votre question.

Le président : Ce sont des renseignements très utiles. J'ai mentionné la complexité de la structure gouvernementale au Canada. De plus, nous n'avons pas suffisamment d'agents de

example, there are 47 municipalities in Ontario. I do not know the number of public health officers there are, but probably half of those municipalities do not have a public health officer.

We are trying to think through and design a framework to recommend to governments for action at the local level — the kind of action that they are instituting in Britain — and I wonder if you could help us.

Are you using your local public health officers in this implementation, or are you using local governance? Obviously, you have to get the people who are in charge of housing and so forth. How are you approaching that?

Dr. Adshead: We are using both local public health officers and local governance for the reasons that you identify. In terms of local directors of public health and local public health offices, we run public leadership programs. In the last five years, we have expanded the nature of public health offices to take people from a broader range of backgrounds than just medicine. Our directors of public health come from a broad range of backgrounds but they have to complete the same accreditation. We make a great effort to recognize people who have worked in public health for a number of years. We have been working to diversify our work force because we have some of the same issues that you have in terms of vacancies and insufficient capacity.

We have also been looking at how to work with universities in getting a broader range of graduates interested in public health. Recently, we set up a program called Teaching Public Health Network where undergraduates from a broad range of disciplines, such as architecture and others, are exposed to basic health principles to have a broader understanding of the field. We hope that people will champion health as a part of what they want to do because they understand its importance to broader society.

We have also worked with an organization to develop leadership programs for politicians in local government and for officials in health inequalities on how to improve their skills and understanding to give them an opportunity. We have been trying to work with our environmental health officers to develop skills. We have some of the same problems in some of the approaches.

As well, our local directors of public health and our commissioners of public health have a joint responsibility for health in local government so we have tried to encourage a joint approach to leadership for health issues.

The Chair: In many of our municipal governments, the public health officer has a seat on council. Do your public health officers sit on local councils?

santé publique. Beaucoup des postes sont vacants. Ainsi, dans les 47 municipalités de l'Ontario, je ne sais pas combien d'agents de santé publique nous avons, mais il est probable que la moitié des municipalités n'en ont pas.

Nous essayons de concevoir un cadre à recommander aux gouvernements pour l'action au niveau local, un peu sur le modèle de ce que vous faites en Grande-Bretagne. Je me demande si vous pouvez nous aider.

Pour mettre en œuvre vos programmes, avez-vous recours aux agents locaux de santé publique ou bien aux autorités locales? Bien entendu, il faut passer par les responsables du logement, et cetera. Comment faites-vous à cet égard?

Dre Adshead : Nous avons recours tant à des agents locaux de santé publique qu'aux autorités locales pour les raisons que vous avez mentionnées. Nous avons organisé des programmes de leadership à l'intention des directeurs et des agents locaux de la santé publique. Au cours des cinq dernières années, nous avons élargi nos bureaux de santé publique pour être en mesure d'engager des gens ayant des antécédents autres que la médecine seulement. Nos directeurs de la santé publique viennent de différents domaines, mais ils doivent satisfaire aux mêmes normes d'agrément. Nous avons fait de grands efforts pour reconnaître les gens qui ont plusieurs années d'expérience en santé publique. Nous avons cherché à diversifier notre effectif parce que nous connaissons certains des mêmes problèmes que vous avez pour ce qui est des postes vacants et des capacités insuffisantes.

Nous avons examiné les moyens de collaborer avec les universités pour avoir un plus grand éventail de diplômés intéressés à la santé publique. Nous avons récemment établi un réseau d'enseignement de la santé publique grâce auquel des étudiants de diverses disciplines, comme l'architecture et autres, peuvent se familiariser avec les principes de base de la santé afin d'avoir une connaissance générale du domaine. Nous espérons que les gens se feront ainsi les défenseurs de la santé dans la carrière de leur choix parce qu'ils auront compris son importance générale dans la société.

Nous avons également collaboré avec une organisation pour mettre au point des programmes de leadership à l'intention des politiciens locaux et des fonctionnaires qui s'occupent des inégalités en matière de santé. Nous travaillons aussi avec nos agents de la santé environnementale pour développer des capacités. Nous avons certains des mêmes problèmes dans quelques domaines.

De plus, nos directeurs locaux et nos commissaires de la santé publique partagent la responsabilité de la santé dans les administrations locales. Bref, nous avons essayé d'encourager une approche commune du leadership en matière de santé.

Le président : Dans beaucoup de nos administrations locales, l'agent de santé publique siège au conseil municipal. En est-il de même chez vous?

It is important for us to know how we can apply a tool kit such as yours at the local level. I agree that everyone in this field must act locally to get the best results. At the very least, there local action must be integrated with national action.

Does your public health officer do the coordination locally, or does the local government coordinate? If the latter, does the public health officer sit on the local governance council?

Dr. Adshead: In about 70 per cent of situations, the director of public health is jointly accountable to the chief officer of the local government and the chief officer of the health service. We are trying to promote models where there is a direct accountability across both local governments and all its public services and the health service. We are trying to move toward that because public health cannot only provide leadership for the programs but also it has the key technical skills to help deliver them. However, as I have described with the joint assessment, we require that the director of public health and our director of social services, who normally works for local government, carry out this joint strategic needs assessment. We have not only identified the individual but also we have bound that individual into the commissioning process, the assessment process and how that links into our local area agreement. The individual becomes aware of how the money is spent and how to deliver the targets. It happens through the individuals in terms of their leadership role and their position in local government and health authority. It is also linked into the systems by which the organizations do business. We found in the past that where it works well, public health works swimmingly. Where there is a problem, we have found that either the leadership or the organization does not want to do it themselves, and it does not work.

We have tried to create a safety net that is built into how the organizations do business. If they are led by someone who is a specialist or public health expert, then it does not necessarily become their mainstream business. One of the dangers of that model could be that the director of public health will tackle inequalities for us, where, of course, it requires the commitment of all local political organizations to make it happen. Our approach is not to undermine the leadership role of the public health directors but rather to ensure that all the pieces of the jigsaw are in place to ensure their leadership is most effective.

Senator Cochrane: Are your deprived areas allocated more funding than other areas to achieve some benefit in tackling the disparities that occur in such areas. If so, have other agencies disagreed with providing more funding to those areas?

Dr. Adshead: The money for health service funding is weighted by deprivation and the age of the population. In 2004, when we were reviewed inequalities and prepared our public health paper in choosing health, one part was to review our resource allocation

Il est important pour nous de savoir comment utiliser une trousse d'outils comme la vôtre au niveau local. Je conviens que chacun dans ce domaine doit agir sur le plan local pour obtenir les meilleurs résultats. Il faut pour le moins que l'action locale soit coordonnée avec l'action nationale.

En Grande-Bretagne, la coordination locale relève-t-elle de l'agent de santé publique ou de l'administration locale? Si elle relève de l'administration locale, est-ce que l'agent de santé publique siège au conseil municipal?

Dre Adshead : Dans près de 70 p. 100 des cas, le directeur de la santé publique relève à la fois du chef de l'administration locale et du chef du Service de santé. Nous essayons de promouvoir des modèles comportant une responsabilité directe s'étendant tant à l'administration locale et à tous ses services publics qu'au Service de santé. Nous nous orientons dans cette direction parce qu'il ne suffit pas que les programmes de santé publique soient bien gérés; ils doivent aussi s'appuyer sur de solides capacités techniques. Toutefois, comme je l'ai mentionné en parlant de l'évaluation conjointe, nous exigeons que le directeur de la santé publique et notre directeur des services sociaux, qui travaille ordinairement pour l'administration locale, procèdent conjointement à cette évaluation stratégique des besoins. Nous avons non seulement désigné les personnes, mais les avons liées au processus d'évaluation et à ses rapports avec les ententes locales. Les personnes en cause savent donc comment l'argent est dépensé et comment il est possible d'atteindre les objectifs. Les choses se font grâce au leadership manifesté et au rôle que les personnes en cause remplissent dans l'administration locale et dans le Service de santé. Il y a également un lien avec les systèmes qui permettent aux organisations de fonctionner. Nous avons constaté dans le passé que là où cela marche bien, la santé publique fonctionne d'une façon remarquable. Et, inversement, quand il y a des problèmes, nous avons découvert soit que le leadership est insuffisant soit que l'organisation ne veut pas agir elle-même.

Nous avons essayé de créer un filet de sécurité intégré au fonctionnement des organisations. Si elles sont dirigées par un spécialiste ou un expert de la santé publique, elles ne consacrent pas nécessairement le gros de leurs efforts aux inégalités. Avec ce modèle, nous courons le risque que le directeur de la santé publique s'occupe lui-même des inégalités, alors que les résultats dépendent de l'engagement de l'ensemble des organisations politiques locales. Notre approche consiste à ne pas saper le leadership des directeurs de la santé publique, mais à veiller à ce que toutes les pièces du casse-tête soient en place pour que leur leadership soit le plus efficace possible.

Le sénateur Cochrane : Vos régions défavorisées reçoivent-elles plus de fonds que les autres pour lutter contre les disparités? Si c'est le cas, est-ce que d'autres organismes s'y sont opposés?

Dre Adshead : Le financement des services de santé est réparti en fonction de la situation des régions et de l'âge de leur population. En 2004, lorsque nous avons examiné les inégalités et rédigé le livre blanc sur la santé publique, nous avons révisé notre

formula for health services. The bottom line is that more deprived areas get more money to spend on their health services because they are deemed to have more need.

That would also be true, to some extent, for local government where some of the allocation for other public services is weighed according to need and deprivation. I think the debate often comes within funding areas where you have a more affluent area and a more deprived area. This is often the case in local areas. The logical course of action might be to redirect services to the more deprived areas because there is a greater level of need. That is often where the disagreements arise as to how you best target resources within an area.

Obviously, whenever the funding formula is debated nationally, there is a big debate between the different areas — the more affluent, the more deprived — as to the final formula. There are arguments that urban areas, such as London, need more funding because of their historic provision of health services. Like any country, there will be a debate as to the right level of need and the right thing to do about it. Traditionally, since the 1970s, our funding allocations for the health service have been weighted to the more deprived areas.

Senator Pépin: Could you tell us more about the role of the Health Inequalities Unit, particularly, how this group coordinates efforts within the central government?

Dr. Adshead: As I mentioned, there are teams responsible for delivery of not only a policy but also delivery of the national targets. What we have done, as I have described before, is to work through a cabinet committee of ministers, which we support. We also have an officials group at a high level below the head of the Civil Service Department, which I chair. I have senior members from across government, as well. That is the mechanism we use.

As I mentioned earlier, we are looking at how we can improve that model. If an area has a high priority, which it does for us, it always needs more resources. One of the questions is whether we should get civil servants from other departments to work with us, which is something we are looking into now.

The unit works through a committee structure and through the finance framework that I described earlier. It works through all the different policy areas that contribute to getting the job done, whether it is educational standards or housing. To some extent, it is done within the strategic framework. When we review the policy areas in the annual report, the government departments will obviously contribute to the outcome.

How to go about making things work across governments is a difficult issue. We are reviewing how we can improve that even further.

Senator Pépin: Hopefully you will be able to solve the problem. Thank you.

Senator Fairbairn: You are educating us very well. I want to ask you about another part of society with which Canada and, indeed, all countries, have difficulty. That is the street people, or

formule de répartition des ressources. Le résultat, c'est que les régions défavorisées reçoivent plus d'argent pour leurs services de santé parce qu'elles ont de plus grands besoins.

La même chose s'applique dans une certaine mesure dans les administrations locales où la répartition des fonds parmi les autres services publics est fonction des besoins et la situation actuelle. Il y a souvent des discussions dans les régions qui comportent à la fois des secteurs aisés et des secteurs défavorisés, ce qui est fréquent. La logique dicte de dispenser plus de services dans les régions défavorisées où les besoins sont plus importants. C'est là que des désaccords se produisent quant à la meilleure façon de répartir les ressources dans une région.

Bien sûr, si la formule de financement fait l'objet d'un débat national, de grandes discussions s'engagent entre les différentes régions, selon qu'elles sont aisées ou défavorisées. Certains soutiennent que les régions urbaines comme Londres ont besoin de plus de fonds parce qu'elles ont de tout temps dispensé des services de santé. Comme partout ailleurs, nous avons des débats au sujet des besoins et des décisions à prendre. Quoi qu'il en soit, depuis les années 1970, la répartition des fonds du Service de santé tend à avantager les régions les plus défavorisées.

Le sénateur Pépin : Pouvez-vous nous en dire davantage sur le rôle de l'Unité des inégalités en matière de santé et particulièrement sur la façon dont elle coordonne les efforts au sein du gouvernement central?

Dre Adshead : Comme je l'ai mentionné, nous avons des équipes chargées non seulement de la mise en œuvre d'une politique, mais aussi de la réalisation d'objectifs nationaux. Comme je l'ai déjà dit, la coordination est assurée par un comité du Cabinet, que nous appuyons. Nous avons également un groupe de hauts fonctionnaires, que je dirige, relevant du chef du Département de la fonction publique. Nous avons en outre de hauts fonctionnaires de l'ensemble de l'administration publique. C'est le mécanisme que nous utilisons.

Nous cherchons des moyens d'améliorer ce modèle. Si une région bénéficie d'une haute priorité, elle a toujours besoin de plus de ressources. Il serait peut-être utile, dans ce cas, d'obtenir le concours de fonctionnaires d'autres ministères. Nous examinons cette possibilité à l'heure actuelle.

L'unité est structurée en comités fonctionnant dans le cadre financier que j'ai décrit plus tôt. Elle s'occupe de l'ensemble des secteurs de politiques qui contribuent à notre travail, qu'il s'agisse de normes d'éducation ou de logement. Dans une certaine mesure, tout s'inscrit dans le cadre stratégique. Lorsque nous examinons les différents secteurs dans le rapport annuel, les ministères contribuent évidemment aux résultats.

Il est toujours difficile d'organiser des efforts pangouvernementaux. Nous essayons constamment d'améliorer le processus.

Le sénateur Pépin : Nous espérons que vous arriverez à régler le problème. Je vous remercie.

Le sénateur Fairbairn : Vous nous donnez des renseignements très utiles. Je voudrais vous poser une question concernant un aspect de la société qui occasionne des difficultés au Canada

the people in the larger communities who have severe health problems based on many other social issues. I am wondering if this falls within your broad efforts of outreach. Certainly, in the larger cities in your country, you must have this problem. Even in rural areas and in small towns, these issues are rising, to the great anxiety of families and the local government. How do you deal with that problem and where does that group fit in?

Dr. Adshead: That would be the responsibility of the local government. A number of years ago, one of the things that the Labour government did as part of their social justice agenda was to look at how they could get people off the streets and into hostels. Additionally, they examined how they could improve services. I am afraid I am not up to date on where that initiative is now.

A few years ago, when I was the director of public health in a local community, about 10 per cent of the population was what we termed "homeless." We looked at how we joined up services with local government and how we worked with hostels to improve timely care so that, often, there were nurse-led primary care teams that would go into hostels. There was a particular issue we had with suicides in those hostels, so we looked at how we could deliver services.

What typically happens within our new system is that local governments will work with the health service with education, if appropriate, and with families with young children to look at how services can be joined up to deal with what can often be a very difficult and vulnerable group of the population.

There has also been work in this country looking at people who are in temporary accommodation who would not be classified as street homeless. Nevertheless, particularly with families and young children, there are problems with living in an area for a short time and the how that disrupts the children's education. There has been work on that, but I am not responsible for that policy area. I hope that gives you a flavour of some of the things that happen in local communities.

The Chair: I will bring you back to the cabinet committee, which is a truly phenomenal accomplishment. I do not know how we will accomplish that here, but we will have to try.

I am sure you are familiar with the Swedish committee setup, which is very similar to yours. Can you comment on the similarities and differences between your systems?

Sweden has developed such clout that, for example, when the local authorities are planning a new housing development or new roads or bridges, they have to go through the population health authority and get some type of approval. I do not know who carries the strength in the final analysis, but they must get some kind of approval to proceed so that they are not carrying out projects that are damaging to population health.

comme dans tous les pays. Il s'agit des gens de la rue ou des gens des grandes agglomérations qui ont de graves problèmes de santé attribuables à de nombreux facteurs sociaux. Je me demande si cela fait partie du vaste programme que vous appliquez. Vous avez sûrement le même problème dans vos grandes villes. Les mêmes difficultés commencent d'ailleurs à se manifester de plus en plus dans les régions rurales et les petites villes, ce qui inquiète beaucoup les familles et les administrations locales. Comment vous attaquez-vous à ce problème? De quelle façon peut-on s'occuper de ce groupe?

Dre Adshead : Cela relèverait de l'administration locale. Il y a un certain nombre d'années, le gouvernement travailliste a examiné, dans le cadre de son programme de justice sociale, les moyens de retirer ces gens de la rue, de les recueillir dans des foyers et d'améliorer les services qui leur sont dispensés. Je ne suis cependant pas en mesure de vous dire où en est cette initiative.

Il y a quelques années, quand j'étais directrice de la santé publique dans une collectivité locale, près de 10 p. 100 de la population était composée de sans-abri. Nous avons examiné la possibilité de collaborer avec l'administration locale et les foyers pour donner les soins nécessaires au moment voulu. Des équipes de soins primaires dirigées par une infirmière se rendaient souvent dans les foyers à cette fin. Nous avions un problème particulier de suicide dans ces foyers. Nous avons donc examiné les moyens de dispenser des services.

Dans notre nouveau système, les administrations locales collaborent avec les services de santé et, s'il y a lieu, les écoles et les familles comprenant de jeunes enfants pour trouver des moyens de coordonner les services dispensés à ce groupe vulnérable de la population qu'il est souvent très difficile d'aider.

Des efforts ont également été déployés en faveur des gens qui vivent dans des logements temporaires sans faire partie de la catégorie des sans-abri. Le fait de vivre à différents endroits pendant de courtes périodes, surtout dans le cas des familles comprenant de jeunes enfants, crée des problèmes et nuit aux études des enfants. Nous avons donc fait du travail dans ce domaine, mais il ne fait pas partie de mes responsabilités. J'espère que vous cela vous donne une idée de ce qui se fait à l'échelle locale.

Le président : Je voudrais revenir au comité du Cabinet. C'est une réalisation absolument remarquable. Je ne sais pas si nous pouvons le faire chez nous, mais nous essaierons de notre mieux.

Je suis sûr que vous connaissez bien la composition du comité suédois, qui est très semblable au vôtre. Pouvez-vous nous parler des points communs et des différences entre les deux systèmes?

Le comité suédois a un si grand prestige que si des autorités locales envisagent, par exemple, de construire un nouveau lotissement, une nouvelle route ou un nouveau pont, elles doivent obtenir au préalable une approbation d'une forme ou d'une autre de l'autorité responsable de la santé de la population. Je ne sais pas qui a le dernier mot, mais une approbation est nécessaire pour aller de l'avant, afin qu'aucun projet ne nuise à la santé de la population.

Can you enlighten us on this and tell us whether there are any similarities between your two systems?

Dr. Adshead: At a national level, there is the cabinet subcommittee. Our new government is establishing the formats of health. I will talk about what did happen rather than what will happen.

Our Deputy Prime Minister chaired that subcommittee. We had representatives from most of the main ministries. It was an opportunity for us to look at how the ministries contributed to the overall delivery of public health and health inequalities as a subsection of that delivery. When the reviews were done, as I described, that committee looked at them. They would take concerns back to their ministry if there was an issue where something was not working.

At a local level, the same thing does not exist for Sweden. The local strategic partnerships would look at major policy issues across a local area, and there might be an opportunity for discussions regarding whether new road developments or a new building would affect health. However, it is not the same thing.

I mentioned strategic environment assessments to one of your colleagues and what we are hoping might happen there. Health would be considered alongside environment and community impact amongst other things, but at the moment, the same considerations do not exist.

What does happen is that some local authorities and local governments do inquiries as part of their scrutiny function on specific issues. They may carry out an inquiry if there is, for example, a rising rate of tuberculosis, or drug problems.

In particular, they would look at issues across the whole system. Therefore, it may be around how the prison service works. It would be a very broad-based inquiry. That kind of scrutiny can be triggered by local people. Part of the new Local Government Act looks at how local people can petition for more local government action.

For public health, we do not have the same kind of mechanisms that you describe in Sweden. As a professional, I can definitely see the advantages to that.

The Chair: For example, do they consult you when they decide to put in another terminal at Heathrow airport?

Ms. Adshead: Normally, there is a cabinet clearance process that happens across government on major policy issues. A major policy will go around to each of the ministries, and in practice, ministries that are directly impacted by a policy would comment. For example, if our Home Office were doing something on prisons, the Department of Health would respond since we

Pouvez-vous nous parler de ce sujet, et particulièrement des points communs entre les deux systèmes?

Dre Adshead : Au niveau national, nous avons un sous-comité du Cabinet. Notre nouveau gouvernement est en train de définir les paramètres de la santé. Je vous parlerai de ce qui a été réalisé plutôt que de ce que nous comptons réaliser.

Le sous-comité était dirigé par notre vice-premier ministre et comprenait des représentants de la plupart des grands ministères. C'était l'occasion pour nous de faire le point sur la contribution des différents ministères à la mise en œuvre de l'ensemble des programmes de santé publique et notamment à la lutte contre les inégalités en matière de santé. Comme je l'ai déjà mentionné, le sous-comité a considéré les examens réalisés. En cas de problème, les membres transmettaient les préoccupations exprimées à leur propre ministère.

La Suède n'a pas le même système au niveau local. Les partenariats stratégiques locaux examinent les grandes questions intéressant la région. De plus, des discussions peuvent avoir lieu pour déterminer si la construction d'une nouvelle route ou d'un nouvel immeuble peut avoir des répercussions sur la santé. Toutefois, ce n'est pas la même chose.

J'ai mentionné, dans une réponse à l'une de vos collègues, les évaluations de l'environnement stratégique et ce que nous espérons réaliser à cet égard. La santé est prise en considération en même temps que l'environnement et les effets communautaires, entre autres. En ce moment, cependant, les mêmes considérations ne s'appliquent pas.

Certaines autorités locales et certains gouvernements locaux font des enquêtes dans le cadre de leurs fonctions de surveillance de domaines précis. Une enquête peut être instituée, par exemple, en cas de hausse du taux de tuberculose ou d'un sérieux problème de drogue.

Ils peuvent examiner des questions touchant l'ensemble du système. Il peut s'agir du fonctionnement du service correctionnel. Les enquêtes peuvent donc être très vastes. Ce genre d'examen peut être déclenché par des membres de la population locale. Notre nouvelle Loi sur les administrations locales prévoit des moyens permettant aux citoyens de demander à leur administration locale d'agir dans certains domaines.

En matière de santé publique, nous n'avons pas le même genre de mécanismes qu'en Suède. Étant une professionnelle du domaine, je peux bien sûr voir les avantages d'un tel système.

Le président : Êtes-vous consultée, par exemple, si l'aéroport de Heathrow envisage de construire une nouvelle aérogare?

Dre Adshead : Nous avons d'ordinaire un processus d'autorisation qui permet au Cabinet d'examiner toutes les politiques importantes de l'administration publique. Toute nouvelle politique importante est transmise à l'ensemble des ministères. En pratique, ceux d'entre eux qui sont directement touchés enverraient des commentaires. Par exemple, si notre

provide drug treatment services. The Home Office will consult us concerning those changes.

The level of official involvement varies according to the policy. For most major government policies, different departments will be asked to comment and raise any concerns or any impact it will have on them as a ministry. In reality, both at local and national levels, it boils down to two things: Relationships are established across ministries between politicians and officials; and the resources available to get that engagement and look at issues.

From my perspective as a policy developer, there are many government policies in which I would like to become more actively involved, but we do not always have the resources or the civil servants to do that. It is more about the feasibility of having the time and the resources to comment on things. If you are going to do it effectively, then you need to invest. That is why the Office of Climate Change has been developed. It is recognized that to do this effectively across government, you need to resource it.

Senator Cook: If I understand you correctly, the bureaucracy across governments works on plans and policies. Do you have adequate human resources to deal with the implementation of that service? I am thinking of doctors, social workers, educators, nurses, et cetera.

Ms. Adshead: You identified a key issue.

We have been trying to move away from telling people how and what to do at a local level and to minimize the number of instructions. It may not sound like that from the evidence I have given, but we are going in that direction. For example, over the last 10 years, the number of national targets has gone down from hundreds to 30 commitments, which is a massive reduction in the number of priorities. It also reduces the number of indicators, or targets, that a local government looks at.

There have been various estimates as to how many there were, but they have gone from somewhere in the range of 600 to fewer than 50. More emphasis is placed on giving people the opportunity to use the resources they have to tailor it towards delivery.

In public health terms, there has always been an issue whether we have the right number of people to do all the tasks. Any professional group will say that they do not. We have been trying to encourage working together to get greater efficiency from public sector resources and to look at the required skill mix. That is, can you bring in less-skilled workers to do jobs traditionally

ministère de l'Intérieur envisage de réaliser un projet concernant les prisons, le ministère de la Santé transmet des observations parce qu'il dispense des services de désintoxication. Par conséquent, le ministère de l'Intérieur nous consulterait au sujet des changements qu'il envisage.

Les interventions officielles varient selon la nature de la politique en cause. Pour la plupart des politiques importantes du gouvernement, les différents ministères sont invités à transmettre des commentaires concernant les effets que les mesures envisagées peuvent avoir sur eux. En réalité, au niveau tant local que national, tout cela se résume à deux choses : d'une part, les relations établies, pour l'ensemble des ministères, entre politiciens et fonctionnaires et, de l'autre, les ressources disponibles pour obtenir cet engagement et considérer les enjeux.

Comme l'élaboration de politiques fait partie de mes principales fonctions, j'aurais bien voulu participer activement à l'examen de nombreuses politiques gouvernementales, mais nous ne disposons pas toujours des ressources financières et humaines nécessaires pour le faire. La question de la disponibilité de ressources se pose donc constamment chaque fois qu'il est question de présenter des commentaires sur une politique. Pour le faire d'une façon efficace, on doit investir du temps et de l'argent. C'est la raison pour laquelle le Bureau des changements climatiques a été établi. Il est évident que pour agir efficacement au niveau pangouvernemental, il est nécessaire de disposer des ressources nécessaires.

Le sénateur Cook : Si j'ai bien compris, dans l'administration publique, la bureaucratie s'occupe des plans et des politiques. Disposez-vous de ressources humaines suffisantes pour mettre en œuvre ce service? Je pense aux médecins, aux travailleurs sociaux, aux éducateurs, aux infirmières, et cetera.

Dre Adshead : C'est une question très importante.

Nous avons cherché à éviter de dire aux gens quoi faire et comment, au niveau local, de façon à minimiser les instructions données. Vous n'avez peut-être pas cette impression, compte tenu de ce que je vous ai dit jusqu'ici, mais nous allons dans cette direction. Par exemple, au cours des 10 dernières années, le nombre des objectifs nationaux est passé de plusieurs centaines à 30, ce qui représente une réduction massive du nombre de priorités. Cela diminue en même temps le nombre d'indicateurs ou de cibles qu'une administration locale doit considérer.

Il y a eu différentes estimations du nombre de ces objectifs, mais ils sont passés d'environ 600 à moins de 50. Nous voulons donner ainsi aux gens la possibilité d'utiliser les ressources dont ils disposent pour dispenser des services.

Dans le domaine de la santé publique, nous nous sommes toujours demandé si nous avions des ressources humaines suffisantes pour tout faire. Tout groupe professionnel dira que ce n'est pas le cas. Nous avons tenté de favoriser la collaboration en vue d'une utilisation plus efficace des ressources du secteur public et de déterminer la combinaison voulue de compétences.

performed by doctors? How can you use the available resources in the best way?

What we say to the areas is here are the resources you have. Here are the high level targets we want you to achieve. It is for you to think about how best to use those resources.

As with any country, there will obviously be a debate and comments from our middle tier, which would be similar to your provinces. They question whether we are giving them enough resources and what they can deliver with them.

The Chair: In Canada, it would seem to be a relatively simple task to fill all of the public health positions in the provinces. They cannot be filled with doctors because there is a tremendous doctor shortage, particularly family physicians. I do not think they can even be filled with nurses because of a nursing shortage. However, the collective clout of the doctors and nurses is such that they cannot be filled with anyone else.

How are you dealing with that situation in Britain?

Ms. Adshead: We have the same problem which was why we went through the process of developing a multidisciplinary workforce. In 1999, our white paper on public health talked about the need to develop public health. Over the past 12 years, there have been some very painful discussions between our medical trade union and our Faculty of Public Health, which is our national body that sets the standards for professional training.

First of all, they addressed whether anybody other than a doctor could hold a leadership position in public health, be our director of public health, or even be a consultant. That took a number of years to get agreement, and there were a number of professionals who championed moving towards that agreement. One of the big debates was how you can be sure that somebody from another professional group would have the same standards as a doctor in public health.

We developed training programs which take people who have a degree and established criteria about who can become an entrant into public health training. They go through that training and at the end have the equivalency to a doctor who might enter for an emergency specialty. They train alongside them. This also includes nurses.

We are on a journey to establish a regulatory mechanism for non-medical public health specialists. We set up a register for people seen to be equivalent. This is done on a voluntary basis, with our professional faculty who police standards or appointments. We require anybody who wants to be a director of public health to be registered with this voluntary register.

Autrement dit, est-il possible de recourir à des travailleurs moins spécialisés pour accomplir certaines tâches traditionnellement confiées à des médecins? Comment pouvons-nous faire une utilisation optimale des ressources disponibles?

Dans nos relations avec les régions, nous nous limitons donc à préciser les ressources attribuées et les objectifs de haut niveau à atteindre, en leur laissant le soin de décider de la meilleure façon d'utiliser leurs ressources.

Comme dans tout autre pays, nous avons évidemment des discussions et les commentaires à notre palier intermédiaire, qui correspondrait à vos provinces. Les responsables de ce palier peuvent se plaindre de l'insuffisance des ressources que nous leur offrons pour faire tout ce qui est attendu d'eux.

Le président : Au Canada, il pourrait sembler relativement facile de pourvoir tous les postes de santé publique dans les provinces. Toutefois, nous ne pouvons pas y placer des médecins parce que nous avons une grave pénurie de médecins, et particulièrement d'omnipraticiens. Je ne pense même pas que nous puissions remplir ces postes en recourant à des infirmières parce que nous en manquons aussi. En même temps, médecins et infirmières ont tant de pouvoir qu'il est impossible d'envisager de placer n'importe qui d'autre dans ces postes.

Que faites-vous pour remédier à cette situation en Grande-Bretagne?

Dre Adshead : Nous avons le même problème. C'est pour cette raison que nous avons entrepris de former un effectif pluridisciplinaire. En 1999, nous avons parlé dans notre livre blanc de la nécessité de développer la santé publique. Les 12 dernières années ont été marquées par des discussions très acerbées entre notre syndicat des médecins et la Faculté de santé publique, qui est l'organisme national de réglementation de la formation professionnelle.

La discussion a porté en premier sur la possibilité pour une personne autre qu'un médecin de tenir un rôle de leadership en santé publique ou de remplir les fonctions de directeur de la santé publique ou même de consultant. Il a fallu des années pour en arriver à une entente, avec le concours d'un certain nombre de professionnels. La grande question qui se posait était de savoir comment on pouvait être sûr qu'un membre d'un autre groupe professionnel appliquerait les mêmes normes qu'un médecin en santé publique.

Nous avons conçu des programmes de formation pour des gens ayant déjà un diplôme et avons défini des critères d'admission. À la fin de la formation, les stagiaires ont des titres équivalents à ceux d'un médecin qui voudrait se spécialiser en soins d'urgence. Ils sont formés aux côtés des médecins. Les stagiaires comprennent aussi des infirmières.

Nous sommes en train d'établir un mécanisme de réglementation des spécialistes non médicaux en santé publique. Nous avons établi un registre des personnes jugées équivalentes. Cela se fait sur une base volontaire tandis que notre Faculté contrôle les normes et les nominations. Nous exigeons de quiconque veut devenir directeur de la santé publique d'être inscrit à ce registre volontaire.

For example, a person who has been working in public health, but has not been recognized as a specialist for a number of years, can be tested to receive equivalence with a doctor. They would have to take an examination. They have to keep up the same professional development once they are on the register.

It has been a difficult process because at the beginning of it, doctors thought they were going to lose their jobs, and nurses were not even recognized at that point in the process. There has been a separate process for public health nurses — for example, people who come from a health assistance background, who have worked with families and children — whereby they can become what are termed «consultants» in public health nursing, and they have a different level of expertise.

That is some of what we have done, but it is a difficult process with many challenges. Upfront, as a government, we said that we expect this workforce to be multidisciplinary and that led to a broader process. However, some of these discussions have been going on before that was initiated by the government.

The Chair: Thank you very much. Senators, I do not have any more questions. With that, I cannot tell you how indebted we are to you, Dr. Adshead. You answered all of the questions we had very clearly and directly. We have imposed on you a great deal and we are grateful to you for coming before us.

Ms. Adshead: Thank you, and good luck.

The Chair: We will meet tomorrow at 4 p.m. We will have witnesses for an hour and a quarter and we will take 15 minutes to discuss our Cuban trip at the end, because the staff is meeting with the Cuban embassy this afternoon.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, December 12, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:17 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Lucie Pépin (*Deputy Chair*) in the chair.

The Deputy Chair: Honourable senators, we have the pleasure today of welcoming Dr. James Frankish, Professor and Program Director from the University of British Columbia; and Mr. Lex Bass, Director of Population Health from the B.C. Interior Health Authority.

Unfortunately, the minister could not appear, but he sent us a letter, which is in your kit. He apologizes that he could not make it. I will ask our two guests to make their presentations.

Par exemple, une personne qui a travaillé en santé publique pendant un certain nombre d'années sans être reconnue comme spécialiste peut se soumettre à un examen d'équivalence. En cas de réussite à l'examen et d'inscription au registre, la personne est assujettie aux mêmes exigences de perfectionnement professionnel.

Le processus a été difficile au début. Les médecins croyaient qu'ils allaient perdre leur emploi et, à ce stade, les infirmières n'étaient même pas jugées admissibles. Nous avons eu un processus distinct pour les infirmières en santé publique. Il pouvait s'agir, par exemple, de personnes qui avaient acquis de l'expérience comme assistantes en santé ou qui avaient travaillé avec des familles et des enfants. Elles pouvaient devenir «consultantes» en santé publique, ce qui représentait un niveau de compétence différent.

Voilà en gros ce que nous avons fait, mais le processus a été difficile et les défis nombreux. Au départ, le gouvernement a dit qu'il voulait un effectif pluridisciplinaire, ce qui a déclenché le processus. Toutefois, certaines discussions étaient déjà en cours avant que le gouvernement n'intervienne.

Le président : Merci beaucoup. Sénateurs, je n'ai plus d'autres questions à poser. Docteur Adshead, je ne peux vous dire à quel point nous vous savons gré de votre aide. Vous avez répondu à toutes nos questions d'une façon très claire et directe. Nous avons beaucoup demandé et vous sommes donc très reconnaissants d'avoir accepté de nous parler.

Dre Adshead : Merci et bonne chance.

Le président : Nous nous retrouverons demain à 16 heures. Nous entendrons des témoins pendant une heure et un quart, après quoi nous prendrons 15 minutes pour discuter de notre voyage à Cuba. Les membres du personnel s'entretiennent en effet avec les responsables de l'ambassade cubaine cet après-midi.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 12 décembre 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 17 pour examiner, afin d'en faire rapport, l'impact des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé des populations canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Lucie Pépin (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

La vice-présidente : Honorables sénateurs, nous avons le plaisir, aujourd'hui, d'accueillir James Frankish, professeur et directeur de programme à l'Université de la Colombie-Britannique, ainsi que Lex Baas, directeur de la Santé des populations à l'Autorité sanitaire du district intérieur de la Colombie-Britannique.

Malheureusement, le ministre ne pourra pas nous rencontrer, mais il nous a fait parvenir une lettre qui se trouve dans votre dossier. Il vous prie de l'excuser de n'avoir pu se rendre à notre invitation. J'invite à présent nos deux témoins à nous faire leurs exposés.

Lex Baas, Director of Population Health, B.C. Interior Health Authority: I will keep my comments brief, knowing that the key is the questions that come afterwards.

Thank you for this invitation. We are quite thrilled that there is so much activity and interest around population health and examining social determinants. For the senators to be interested in this whole field is very encouraging.

The Deputy Chair: For everyone's information, Senator Keon may attend later. Unfortunately, he is in another committee, and that is why he is late.

Mr. Baas: I would like to briefly put into context the role of the B.C. Interior Health Authority as it relates to population health so that there is an understanding of the work we are engaged in at the ground level. Then I will provide a few highlights of some of the work in which we are engaged.

Interior Health is one of five regions. There is an error in this regard in your documentation. There are five regional health authorities in British Columbia. It covers a great span of southern British Columbia, from the Alberta border right to the Fraser Valley, and includes Kelowna and Kamloops. It is a huge geographic area of 216 square kilometres, large urban centres such as Kelowna, very fast growing, and also many small communities, including 53 First Nations communities, varying in size from very small to medium small.

There is a total budget of \$1.4 billion. The area has a population of 715,000 people, which is expected to grow by 9 per cent over the next 10 years, with the number of individuals 65 years and older increasing by 39 per cent.

Kelowna is a desirable to live and retire. It has a warm climate with not much snow in the winter and is mostly flat.

The population health team within the B.C. Interior Health Authority was formed in 2002, not long after the health authorities were regionalized in British Columbia. There were presentations earlier from Prince Edward Island with similar experiences. Mr. Frankish mentioned there were 52 regional health authorities before; now there are five. In some cases, we are still adapting to that reality.

The population health team was formed in 2002, and we were charged with looking at population health and showing what we could do. Immediately, we looked at the pieces we could work at, and you will recognize — I know you have already spoken with Ron Labonte — some of these words here in terms of «educated» and «catalyst».

We realized that the first thing we needed to do was spread awareness and build organizational and community capacity for shifting to a population health approach. People did not know

Lex Baas, directeur de la Santé des populations, Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. : Je serai bref, sachant que ce sont les questions qui sont les plus importantes.

Je vous remercie pour cette invitation. Nous sommes emballés de constater toute l'activité et tout l'intérêt que suscitent les questions de santé des populations et l'examen des déterminants sociaux. Il est très encourageant de constater que les sénateurs s'intéressent à tout ce domaine.

La vice-présidente : Je vous informe que le sénateur Keon se joindra peut-être à nous un peu plus tard; mais il siège actuellement à un autre comité, ce qui explique son retard.

M. Baas : Je vais vous situer très brièvement le rôle de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. en ce qui concerne la santé des populations pour que vous compreniez bien le travail que nous effectuons sur le terrain. Je vous donnerai ensuite les grandes lignes de l'action que nous menons.

Le district intérieur est l'une des cinq régions de la Colombie-Britannique. Soit dit en passant, la documentation qu'on vous a remise comporte une erreur à ce sujet. Il y a cinq autorités sanitaires régionales en Colombie-Britannique et la nôtre couvre une grande partie du sud de la province, de la frontière de l'Alberta jusqu'à la vallée du Fraser; elle inclut Kelowna et Kamloops. C'est une énorme région d'une superficie de 216 kilomètres carrés comportant d'importants centres urbains comme Kelowna, qui connaît une croissance rapide, et de nombreuses autres petites collectivités dont 53 communautés de Premières nations qui varient en taille de petites à moyennes.

Nous disposons d'un budget total de 1,4 milliard de dollars. La région compte une population de 715 000 habitants et elle devrait continuer à croître au rythme de 9 p. 100 au cours des 10 prochaines années, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentant à raison de 39 p. 100.

La région de Kelowna est très courue par les actifs et par les retraités. Elle présente un relief de plaine et son climat, plutôt doux, est marqué par l'absence de neige abondante.

L'équipe de la santé des populations, au sein de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B., a été créée en 2002, peu après la régionalisation des autorités sanitaires dans la province. Des témoins de l'Île-du-Prince-Édouard, qui nous ont précédés, ont vécu la même chose. M. Frankish vous a dit qu'il y avait 52 autorités régionales de la santé auparavant et qu'il n'y en a maintenant plus que cinq. Dans certains cas, nous continuons à nous adapter à cette nouvelle donne.

L'équipe de la santé des populations a donc été créée en 2002 et elle a été chargée d'étudier la santé des populations et de prouver ce qu'elle pouvait faire à cet égard. Dès le début, nous avons déterminé les éléments auxquels nous pouvions nous attaquer et vous allez reconnaître certains termes que vous avez déjà entendus — puisque vous avez accueilli Ron Labonté — comme «éduqué» et «catalyseur».

Nous avons constaté que nous devons commencer par sensibiliser la population et par nous doter d'une capacité organisationnelle et communautaire pour adopter une démarche

what population health was, and the understanding of social determinants is limited. Therefore, we started doing population health workshops with as much of the staff as we could within Interior Health Authority. We had a full-time person in a practice-support role. The idea was to go around within the health authority to engage people and to dialogue about the meaning of population health, social determinants and an «upstream» approach so we could move that work forward.

We sought to create opportunities to build readiness and support new ways of thinking about health, so it was not just health care. It was not just helping people that were already in need of health care, but to start that whole shift in moving upstream.

This included an analysis of the determinants of health and using population health approaches. We brought together non-traditional partners, such as people involved in facilities management, in acute sectors, in protection and licensing, as well as nutritionists and others. It is everyone's issue.

There is a diagram on page 1 your handout, which says «Access to affordable food» in the middle of the page with a bubble circle around it. The point here is that we try to put the issue in the middle and say who should be involved in those dialogues. There are roles for health authorities, for various parts within health the authority, for the community and for various other sectors. There are 18,000 employees within the health authority covering that vast region. That work is ongoing and needs to move forward.

Last year, our Senior Medical Health Officer's report, *Beyond Health Services and Lifestyles*, took a social-determinants approach to reporting on health of the population of the region. It did the classic things about reporting on health but then also applied the analysis of social determinants and inequities. For example, why is there such a disparity? It provided some analysis of that question. I do not know whether you have seen the report. I sent it to the clerk, and it certainly will be made available to you if you have not seen it.

That report generated a great deal of dialogue within the health authority and also beyond. Suddenly, there is a gradient and there are inequities. Those kinds of words started coming into the vocabulary and forced us to look at how to deal with these issues. By applying a universal application to solve a particular issue, we

axée sur la santé des populations. Les gens ne savaient pas ce que santé des populations voulait dire, raison pour laquelle les déterminants sociaux sont peu connus. Ce faisant, nous avons commencé par organiser des ateliers sur ce thème en mobilisant le plus grand nombre possible d'employés de l'Autorité sanitaire du district intérieur. Nous avions un employé à temps plein qui assurait un service de soutien. Nous voulions faire le tour de l'Autorité sanitaire pour mobiliser les employés et dialoguer avec eux sur le sens d'expressions comme «santé des populations», «déterminants sociaux» et «orientation amont» et ainsi pouvoir passer aux étapes suivantes.

Nous avons cherché des moyens de préparer nos interlocuteurs et de les mobiliser autour de nouvelles manières de penser la santé pour qu'il ne soit plus uniquement question de soins de santé. Nous ne voulions plus simplement aider les personnes ayant besoin de soins de santé, mais bien intervenir massivement en amont.

Pour cela, nous nous sommes livrés à une analyse des déterminants de la santé et avons appliqué des démarches axées sur la santé des populations. Nous avons rassemblé des partenaires non traditionnels, comme ceux et celles qui œuvrent dans le domaine de la gestion des établissements, dans les secteurs de soins aigus, dans la protection et l'octroi de licences, de même que des nutritionnistes et d'autres. Ce problème concerne tout le monde.

À la page 1 de la documentation qui vous a été remise, vous trouverez un diagramme dont le titre encerclé d'une bulle au milieu de la page parle d'accès à une alimentation abordable. Ce que nous essayons de faire ressortir ici, c'est que nous devrions participer à ce genre de dialogue. Il s'agit là d'un rôle qui incombe aux autorités sanitaires, aux diverses constituantes de ce genre d'organisation, à la collectivité à laquelle nous appartenons et aux autres secteurs. L'autorité sanitaire emploie 18 000 employés qui travaillent dans une vaste région. C'est un travail permanent qu'il faut poursuivre si nous voulons aller de l'avant.

L'année dernière, dans son rapport intitulé *Beyond Health Services and Lifestyles*, notre médecin-hygiéniste a adopté une approche axée sur les déterminants sociaux pour faire rapport au sujet des questions de santé des populations dans la région. Il a bien sûr fait rapport de façon tout à fait classique sur les questions de santé en général, mais il a aussi appliqué une analyse tenant compte des déterminants sociaux et des iniquités. Par exemple, on s'est demandé, dans ce rapport, à quoi était due telle ou telle disparité. Le document se livre à quelques analyses de la question. Je ne sais pas si vous l'avez vu, mais je l'ai fait parvenir à la greffière et il est évident qu'il vous sera remis si vous ne l'avez pas encore lu.

Ce rapport a suscité beaucoup d'échanges au sein de l'autorité sanitaire, mais également à l'extérieur. Soudain, on a vu apparaître un déséquilibre et des iniquités. Ces termes sont peu à peu entrés dans notre vocabulaire et nous ont contraints à nous demander comment faire face à ce genre de problèmes.

could increase the disparities because we are not focused on specific target groups. Those kinds of debates came into play.

We cannot do any of this work without partnership and collaboration. Our goal is to engage with all the people and the groups that need to play around a particular issue. To do that within the health authority, there are challenges. We have looked at ways to bring people together. Most recently, we invited people from all sectors of public health and beyond to come together for a two-day meeting with the focus of how to apply a population health lens to the work you are engaged in within your departments. There was huge interest.

Partnership and collaboration extends to communities. We have done a lot of work with municipal councils and regional districts.

I would like to highlight two pieces from the provincial government that have helped us move in this direction. The first is ActNow, and I hope there will be questions about that later. The minister would have spoken to that program if he had been here today. ActNow is a provincial initiative that forces all ministries to play an active role in health promotion. Modeling the program at the provincial level across all ministries within the health sector lends credence to our work in communities. We have used the lifestyle focus of ActNow as a wedge with that publicity to start to dig into more of the social determinants and the upstream approaches.

The other initiative I would like to mention from the provincial government in B.C. that has a huge impact on the health authority is the model core program review. It is a renewal of public health where 21 or so model core programs were identified. An evidence paper is developed for each of those programs in consultation with all of the health authorities. There is analysis of the evidence papers and then model core programs are developed. Those programs are approved by all the health authorities, so there is a dialogue. After that, each health authority does a gap analysis — the work in which they are engaged compared to the model core program — and then they have to post on the public website their improvement plans, with goals.

The critical piece in all this is that for all of the model core programs, which cover everything within public health and beyond, a population and inequity lens is applied. Rather than looking only at the issues, what does it mean to apply an inequity lens? Why are certain groups having access and doing well and others are not? We start to do that analysis. I think this is an exciting piece; it is huge. There are many resources and challenges.

L'application de solutions universelles pour résoudre un problème risque d'entraîner un accroissement des disparités, parce qu'elle ne vise pas des groupes cibles. C'est le genre de débat qui se déroule maintenant.

Nous ne pourrions pas faire ce travail sans nos partenaires et sans agir en collaboration avec d'autres. Nous avons pour objectif de travailler avec tout le monde et avec tous les groupes qui sont appelés à traiter d'une question donnée. C'est pour cela que l'autorité sanitaire est aux prises avec certains défis. Nous avons étudié des façons de rassembler les gens. Récemment, nous avons invité des représentants de tous les secteurs de la santé publique et d'autres secteurs d'activités à participer à une rencontre de deux jours portant sur la façon d'appliquer le point de vue de la santé des populations au travail qu'ils effectuent au sein de leurs services respectifs. Nous avons suscité énormément d'intérêt.

Ce partenariat et cette collaboration concernent également les collectivités. Nous avons beaucoup travaillé avec les conseils municipaux et les districts régionaux.

Je me propose de commenter deux initiatives du gouvernement provincial qui nous ont aidés à nous orienter dans cette direction. La première est ActNow et j'espère que vous nous poserez des questions à son sujet par la suite. Le ministre vous en aurait parlé s'il avait pu se rendre à votre invitation. ActNow est une initiative provinciale qui contraint tous les ministères à jouer un rôle actif dans le domaine de la promotion de la santé. Comme ce programme a été repris à l'échelon provincial dans tous les ministères du secteur de la santé, cela a contribué à crédibiliser notre travail au sein des collectivités. Nous avons publicisé l'accent qu'ActNow fait porter sur le mode de vie pour commencer à insister davantage sur les déterminants sociaux et sur les approches en amont.

L'autre initiative dont je tiens à vous parler et qui a eu une énorme répercussion sur l'autorité sanitaire est l'examen des programmes types de base. À l'occasion de la restructuration du secteur de la santé publique, nous avons dégagé quelque 21 programmes types de base. Après une analyse des documents de constats, nous élaborons des programmes types de base qui sont approuvés par toutes les autorités sanitaires à la faveur d'un véritable dialogue. Par la suite, chaque autorité sanitaire effectue sa propre analyse d'écarts — qui consiste à comparer leur programme avec le programme type de base —, après quoi elles doivent afficher sur le site Internet public leurs plans d'amélioration assortis de leurs objectifs.

L'élément essentiel de tout ce dispositif tient au fait que nous appliquons aux programmes types de base, qui couvrent l'ensemble des programmes dans le domaine de la santé publique et même plus, une démarche essentiellement axée sur la population et sur les iniquités que nous constatons. Plutôt que de nous intéresser seulement aux enjeux, nous voulons savoir ce que cela peut donner quand on applique une approche inéquitable. Pourquoi certains groupes ont-ils accès à certaines choses et s'en sortent-ils bien, et pourquoi tel n'est pas le cas pour d'autres? Nous entreprenons donc cette analyse que je trouve très intéressante, très stimulante. Nous disposons d'un grand nombre de ressources, mais nous sommes confrontés à bien des défis.

At the last Canadian Public Health Association meeting in Vancouver, the B.C. Interior Health Authority worked with the Capital Health region in Alberta to host a pre-workshop conference on how to operationalize population health within a regional health authority. This workshop was at 9 a.m. on a Sunday morning, which is not prime time. Forty absolutely enthusiastic people came from health authorities all across the country and wanted to engage with us in how to do this and to learn about the barriers.

There are many of barriers. The classic one, of course, is the tension between the acute side of the equation and the need to provide health care, and then to do the health promotion where the outcomes are not immediately apparent. It is hard to make a causal link between the work in which we are engaged and the results. Those are part of the evaluation challenges around this work.

I wish to also highlight the Community Action for Health initiative that we did within the B.C. Interior Health Authority, where we had an opportunity to support some of the ActNow targets with one-time funding of close to \$1 million. We had to spend it within one fiscal year. I think it was Monique Bégin who said that Canada is the land of pilot projects. This was, in fact, one of those projects with term funding. In applying that funding, we allowed the communities to make the decisions. The only provisos we made were that the communities had to address the ActNow targets and the interventions had to create policy or environmental shifts. By insisting on policy or environmental shifts within those applications, communities had to think about what that means, which started this whole level of dialogue. There was initially a lot of resistance, but in the end there was huge support for it.

I wish to speak about the advocacy role. We agree with the submission made by Vancouver Coastal Health that the goal of advocacy is to gain support for the involvement of government and non-government agencies in the actions that improve the overall health of populations and strengthen the understanding of governments and populations about the broad determinants of health. We need to advocate and to speak up. Of course, there is sensitivity around that role, being part of a provincial health authority funded by the province, so we need to do it in a way that is engaging and that will move pieces forward.

Lors de la dernière assemblée de l'Association canadienne de santé publique qui s'est tenue à Vancouver, l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. a collaboré avec la région sanitaire de la capitale de l'Alberta pour organiser un atelier préconférence portant sur la façon d'opérationnaliser la santé des populations au sein des autorités de santé régionales. Cet atelier s'est déroulé à une heure peu courue, soit le samedi matin, à 9 heures. Pourtant, une quarantaine de participants enthousiastes, représentant des autorités sanitaires d'un peu partout au pays, ont voulu y participer pour discuter avec nous de la façon d'appliquer cette méthode et d'apprendre les uns des autres des obstacles que nous rencontrons.

Ces obstacles sont nombreux. Le plus classique est bien évidemment celui de la tension qui existe entre tout ce qui concerne, d'une part, les soins aigus et la nécessité d'offrir des soins de santé et, d'autre part, la nécessité de faire la promotion de la santé avec des résultats qui ne sont pas immédiatement apparents. Il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre le travail que nous effectuons et les résultats constatés. Cela fait partie des défis que constitue l'évaluation de ce travail.

Je tiens également à vous parler de l'initiative intitulée Community Action for Health que nous conduisons actuellement au sein de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. qui nous a permis de financer une partie des objectifs d'ActNow grâce à un financement unique de près de 1 million de dollars. Nous avons dû dépenser cette somme dans un seul exercice financier. Je pense que c'est Monique Bégin qui a dit, un jour, que le Canada est le pays des projets pilotes. Eh bien, sur le plan du financement, il s'agissait d'un de ces projets. Grâce à ce financement, nous avons permis à des collectivités de prendre des décisions à leur niveau. Nous avons émis comme seules réserves que ces collectivités devaient s'aligner sur les objectifs de ActNow et que leurs interventions devaient favoriser un changement de nature programmatique ou environnementale. En insistant sur la nécessité d'apporter de tels changements dans des cadres définis, les collectivités devaient réfléchir aux répercussions éventuelles de leurs décisions, ce qui a marqué le début du dialogue qui s'est instauré. Au début, nous nous sommes heurtés à beaucoup de résistance, mais nous avons fini par bénéficier d'un important appui.

Je veux aussi vous parler de notre rôle d'intercesseur. Nous sommes d'accord avec l'exposé de l'Autorité sanitaire de la région côtière de Vancouver, soit que la promotion d'une cause a pour objet de mobiliser l'appui des différents intervenants pour bénéficier de la participation des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à l'adoption de mesures destinées à améliorer l'état de santé général des populations et à permettre aux gouvernements et aux populations de mieux connaître les déterminants généraux de la santé. Nous devons donc mener une action revendicatrice et nous exprimer. Certes, comme nous faisons partie d'une autorité sanitaire provinciale financée par la province, nous marchons sur des œufs quand nous assumons ce rôle, si bien que nous devons agir de façon à stimuler l'adhésion à la cause et à la faire avancer.

The latest reports from FirstCall B.C. indicate that B.C., for the last four years, has the highest child poverty rate in all of Canada, yet it is one of the richest provinces. How do we deal with that dilemma? What is our role as a health authority and how do we advocate?

At the bottom of the handout there is a snakes and ladders game that you might recognize from when you were children. We had a conference a couple years ago. Dr. Michael Hayes, from Simon Fraser, used this analogy in terms of looking at determinants of health and applying population health pieces. He explained that we are all born with a certain number of snakes and ladders on our board that change through the course of our lives. We can get more snakes and more ladders. By analyzing it in that way, it takes the control out of the individual. It is an analogy that you will see again in the Community Action for Health tabloid that is available for circulation here as well.

James Frankish, Professor and Program Director, University of British Columbia: Senators, it is great honour and pleasure to be invited to speak with you today. I told my neighbour's son, who is 6 years old and crazy for hockey, that I was coming to Ottawa to see Keon and the senators. He wants me to bring him home a sweater. He is going to be deeply disappointed.

I will briefly introduce myself in context, as did Mr. Baas. I will echo many of the comments that Mr. Baas made today and that others have made in previous submissions. I had the pleasure of reading the presentations to the committee that were on the Web, which was very helpful. What I say will not be entirely new, but I will emphasize some points that have not come up in the dialogue and discussion so far.

I work at the University of British Columbia in the Centre for Population Health Promotion. I am the director of a CIHR-funded research training program that focuses on community-based research. I think it is relevant for this committee to know that I am a board member of an organization called Lookout, which is the largest homeless shelter provider in Vancouver. That is how I spend my days.

My research at the moment focuses largely on two areas. One is the area of health literacy and literacy in health, so I am a big fan of Senator Fairbairn. We are interested in the role of literacy as it relates to health and as a determinant of health.

I also focus on vulnerable populations and marginalized groups, and particularly on issues of homelessness and health. As you all know, we still have significant challenges with

D'après les derniers rapports de FirstCall B.C., la province, qui est l'une des plus riches au Canada, est aussi celle où on a enregistré, au cours des quatre dernières années, le taux de pauvreté infantile le plus élevé. Comment composer avec ce dilemme? Quel doit être notre rôle en tant qu'autorité sanitaire et quel genre d'action revendicatrice devons-nous mener?

Au bas du document qui vous a été remis, vous trouverez un jeu de serpents et échelles qui vous rappellera sans doute votre enfance. Il y a deux ans de cela, nous avons eu une conférence lors de laquelle Michael Hayes, de l'Université Simon Fraser, s'est servi de ce jeu pour établir une analogie avec les déterminants de la santé et la mise en œuvre des initiatives concernant la santé des populations. Il nous a expliqué que, dès la naissance, nous possédons un certain nombre de serpents et d'échelles sur notre échiquier qui déterminent le déroulement de nos vies. Certains peuvent avoir plus de serpents et d'autres plus d'échelles. Quand on aborde la question sous cet angle, on se trouve à priver l'individu de la maîtrise de sa vie. Vous retrouverez cette analogie dans le tabloïde de Community Action for Health que nous avons aussi remis pour distribution.

James Frankish, professeur et directeur de programme, Université de la Colombie-Britannique : Mesdames et messieurs les sénateurs, je suis honoré et ravi que vous m'ayez invité à prendre la parole devant vous. J'ai dit au fils de mon voisin, qui est âgé de six ans et qui est un fan de hockey, que je venais à Ottawa pour rencontrer le sénateur Keon et d'autres sénateurs. Il m'a demandé de lui rapporter un maillot. Je crois qu'il va être très déçu.

À l'instar de M. Baas, je vais brièvement me présenter pour vous situer en contexte. Je me ferai d'ailleurs l'écho d'un grand nombre des remarques de M. Baas et d'autres qui nous ont précédés. J'ai d'ailleurs eu le plaisir de lire les transcriptions des témoignages sur Internet, que j'ai trouvées très utiles. Ce que je vais vous dire n'aura rien de tout à fait nouveau, mais je compte m'arrêter plus particulièrement sur certains aspects qui n'ont pas, jusqu'ici, été soulevés dans le cadre de vos échanges.

Je travaille au Centre de promotion de la santé des populations de l'Université de la Colombie-Britannique. Je suis le directeur d'un programme de formation et de recherche financé par les ICRS qui est axé sur la recherche communautaire. Je me dois de vous signaler, parce que cela peut vous intéresser, que je siège au conseil d'une organisation appelée Lookout et qui est le principal service d'hébergement pour sans-abri à Vancouver. C'est ainsi que je passe toutes mes journées.

Pour l'instant, mes recherches sont essentiellement concentrées dans deux domaines. Il y a d'abord celui de la connaissance de la santé et de la connaissance dans le secteur de la santé, ce qui fait de moi un grand fan du sénateur Fairbairn. Nous nous intéressons à la place de la littératie dans son rapport avec la santé et dans son rôle de déterminant de la santé.

Je me concentre également sur les populations vulnérables et les groupes marginalisés, surtout sur la santé des sans-abri. Comme vous le savez, nous continuons de faire face à de graves

homelessness in Canada. I have not seen many homeless people on the streets in Ottawa, but perhaps it is too cold.

I provided you with a two-page handout. I will refer to some of the points on the first page, but a number of them are consistent with what Mr. Baas and others have said about inequities.

The one point that I think we need to factor in as we move forward on population health is the difference between inequalities and inequities, that there will always be fundamental inequalities between and among Canadians. I always tell my students that not everyone can be as smart and good-looking as us. We are more interested in inequities, those things that arise from policies or programs that are unfair, systemic and that need to be changed. Simply improving the health of the population, shifting the curve, may or may not do anything with respect to inequities; in fact, it may make inequities worse.

We know, for example, that when new technologies arise, they often help the haves more than the have-nots. What happens is that the haves have more and the have-nots are still where they were. I have not seen many homeless people with cellphones.

I make a distinction between self-responsibility and self-reliance. Mr. Baas referred to the notion of snakes and ladders. We talk about it in terms of chances, choices and conditions, that there is always an element of free will. People make choices, sometimes bad ones, but people cannot be reliant on resources they do not have.

For me, the fundamental role in my work — and I think part of the role of government — is to help people to identify and to be more reliant on the indigenous resources that they do have and to help them to get more resources.

At the bottom of the first page, I highlighted three points that come from a model that we have used in our work for a number of years. It is from one of my colleagues, Larry Green. It is called the Precede-Proceed Model. There are somewhere in the order of 1,800 published applications of this model. The model says that if you are to change things in society, if you are going to move toward population health or if you want to change your husband or boyfriend, there are three fundamental steps. The first step is creating a predisposition or a motive. Mr. Baas spoke eloquently to that point with respect to changing knowledge, attitudes, beliefs and values.

One of the fundamental truths of human behaviour is that knowledge is a necessary but not sufficient condition for change. Being a physician, Dr. Keon would recognize that many people know that smoking is bad for them, but people still smoke. We have to create the predisposition.

défis dans le cas des sans-abri au Canada. Je n'ai pas vu beaucoup de sans-abri dans les rues d'Ottawa, mais c'est peut-être parce qu'il fait trop froid ici.

Je vous ai fait distribuer un document de deux pages et je vais traiter de certains aspects qui apparaissent en première page, mais beaucoup recourent ce que M. Baas et d'autres ont dit au sujet des iniquités.

À l'heure où nous progressons dans le domaine de la santé des populations, nous devons, selon moi, commencer par tenir compte de la différence de sens entre inégalité et iniquité, parce qu'il y aura toujours des inégalités fondamentales entre les Canadiens. Je répète sans cesse à mes étudiants que tout le monde n'est pas aussi intelligent et aussi beau que nous. Ce qui doit nous intéresser davantage, ce sont les iniquités causées par des politiques ou des programmes iniques et systémiques et qu'il convient de modifier. Le simple fait d'améliorer la santé des populations, d'infléchir les tendances, ne donne rien sur le plan des iniquités et j'irais même jusqu'à dire que ça risque de les aggraver.

Nous savons, par exemple, que l'apparition des nouvelles technologies aide plus souvent les nantis que les démunis. Les nantis se trouvent à posséder davantage et les autres font du surplace. Je n'ai pas vu beaucoup de sans-abri se promenant avec un cellulaire.

Je fais une différence entre être responsable et être autonome. M. Baas vous cité l'analogie avec le jeu serpents et échelles. À cet égard, nous parlons de chances, de choix et de conditions, étant entendu qu'il existe toujours un certain libre-arbitre. On fait toujours des choix, parfois mauvais, mais on ne peut jamais compter sur les ressources qu'on n'a pas.

J'estime, pour ma part, que mon rôle fondamental — et je pense que c'est également une partie du rôle du gouvernement — consiste à aider les gens à trouver les ressources indigènes qu'ils possèdent, à apprendre à s'y fier davantage et à aller en chercher davantage.

En bas de la première page, j'ai mis en exergue trois points qui sont extraits d'un modèle que nous appliquons dans notre travail depuis plusieurs années. Ce modèle, qui a été établi par un de mes collègues, Larry Green, est intitulé « anticipation-réaction ». On en dénombre quelque 1 800 applications officielles. Il précise que, si vous voulez changer des choses dans la société, si vous voulez vous intéresser à la santé des populations ou changer le comportement de votre époux ou de votre petit ami, vous devrez suivre trois étapes fondamentales. La première consiste à créer une prédisposition ou à instiller un motif. M. Baas vous a entretenu avec brio de tout ce qui concerne les changements de connaissances, d'attitudes, de croyances et de valeurs.

L'une des grandes vérités au sujet du comportement humain, c'est que le changement doit forcément passer par la connaissance, mais que celle-ci ne suffit pas. Le Dr Keon, qui est médecin, vous dirait lui-même que bien des gens savent qu'il est mauvais de fumer, ce qui n'empêche qu'ils continuent de le faire. Il faut donc instaurer une prédisposition.

When people are motivated to think about and act on population health, we need to create an enabling environment — that is the second piece — through the teaching of skills and the training of the next generation of decision makers and leaders, and through providing available and accessible resources. Given the determinants of health, available resources may or may not be accessible for cultural, linguistic or economic reasons. There are many reasons why people do not avail themselves of what seem to be existing programs or resources.

Therefore, I think we have a lot to do in working with the public and Canadian society. We need to create that predisposition, change knowledge, beliefs and attitudes to create a supportive, enabling environment for movement toward population health. We can do this through skills, availability and accessibility of resources.

People tend not to do something for which there is no payoff. That is equally important. If we try something and there is no reward, we tend to move on to something else. The health care system is dominated by professions that, I believe, have some measure of conflict of interest around population health because their jobs, training, raison d'être is on the acute side, which is sorely needed and very important for the health of people.

However, the question is: What would be the reward or payoff for Canadians to engage in greater population health? We would have a healthier, happier society and, perhaps, reduce morbidity and mortality rates. That is the message we would like to see sent.

One cautionary note I would make regarding homelessness and supportive housing is on the money-saving side. I think the evidence is still out as to whether or not population health would save money. That is a highly debatable question. It depends on how you count the beans and who does the counting. I am not sure that is the only way, or the best way, to sell it to Canadians.

Those are my opening comments on the first page of my presentation. For the second page, I thought I would bring some messages from my work and colleagues. My first message builds on what was said by Mr. Baas: It speaks to the idea of changing knowledge, attitudes, beliefs and values. I raise some ideas for a continuing shift. I think we have to build the evidence base. I think the Canadian Institutes of Health Research and the Social Sciences and Humanities Research Council and others need to fund population health research, but we need to engage Canadians in a fundamental conversation about what determines our health. There is a harsh reality there. I have

Dès que les gens sont motivés, incités à raisonner et à agir en fonction de la santé des populations, il faut alors créer des conditions favorables — c'est le deuxième pivot du raisonnement — en enseignant certaines techniques, en formant la génération montante de décideurs et de dirigeants et en mettant à disposition les ressources disponibles et accessibles. À cause des déterminants de la santé, les ressources disponibles peuvent ne pas toujours être accessibles pour des raisons culturelles, linguistiques et économiques. Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les gens ne vont pas se prévaloir des ressources ou des programmes existants.

Je pense donc que nous avons beaucoup à faire auprès de la population canadienne, de notre société en général. Nous devons créer cette fameuse prédisposition, et agir sur les connaissances, les croyances et les attitudes afin d'instaurer un contexte favorable, habilitant, pour aller dans le sens de la santé des populations. Nous pouvons y parvenir grâce à un ensemble de techniques et grâce à la mise à disposition de ressources accessibles.

En règle générale, les gens hésitent à faire ce pourquoi ils ne sont pas rémunérés. Ça aussi, c'est important. Celui ou celle qui veut tenter quelque chose, mais qui ne voit pas de récompense à la clé, a tendance à passer à autre chose. Le secteur des soins de santé est dominé par des professions qui, selon moi, sont quelque peu en porte-à-faux en regard de la santé des populations parce que, par l'exercice même de leur métier, par leur formation et leur raison d'être, certains professionnels interviennent du côté des soins aigus qui est évidemment fondamental pour la santé des gens.

Une question se pose, cependant : quelle récompense ou quel gain les Canadiens pourraient-ils tirer d'une amélioration de la santé de la population en général? Nous aurions une population plus saine, une société plus heureuse et nous connaîtrions sans doute des taux de morbidité et de mortalité inférieurs. Voilà le message que nous aimerions transmettre.

Je me dois cependant de faire une mise en garde au sujet des sans-abri et des logements avec services de soutien, et je pense ici aux économies potentielles. Il n'est pas encore prouvé que l'amélioration de la santé des populations nous permettra de réaliser des économies. C'est là une question sujette à débat. Tout dépend de la façon dont on fait les comptes et de qui les fait. Je ne suis pas certain que l'angle de l'économie potentielle soit la seule ou la meilleure façon de faire passer le message auprès des Canadiens.

Voilà ce que j'avais à dire au sujet de la première page de mon mémoire. Pour ce qui est de la seconde page, je me propose de vous transmettre certains des messages qui émanent de mon milieu de travail et de mes collègues. Le premier d'entre eux rejoint ce que M. Baas a dit tout à l'heure, puisqu'il concerne la notion de changement dans les connaissances, les attitudes, les croyances et les valeurs. Je formule certaines propositions pour continuer dans le sens du changement. Personnellement, je crois que nous devons étayer les fondations sur lesquelles nous nous appuyons pour prouver notre propos. J'estime que les Instituts canadiens de recherche en santé et le Conseil de recherches en

listed some ideas. We are doing things in this regard, and I would suggest to you that you would find a welcome audience in terms of this conversation.

I will point to three recent examples. First, some research was recently done in Saskatoon. They did a large population survey and asked people about their willingness to shift funds from health care to population health. I think people realize it is not just a zero-sum game; it is not bedpans or waiting lists versus something else. They found a high level of support for engaging in conversation about shifting resources.

Second, we had a poll in Vancouver not long ago where the mayor asked people about their number one expected outcome of the 2010 Olympics. I have a grant to evaluate the impact of the Olympics on the inner city. To my surprise, the number one outcome expected by Vancouverites was reducing homelessness. I do not know how people can see the Olympics reducing homelessness in 17 days.

Last, we finished a study recently where we looked at all of the newspaper articles on homelessness in British Columbia for the last 30 years. We analyzed them using something called discourse analysis. We found that Canadians, unlike the American media, tend to attribute homelessness to societal causes rather than individual causes. They do not attribute it to weakness or immorality. They see a strong role for individual self-reliance and responsibility, but they also see a concern about the erosion of the so-called Canadian social safety net.

The second message builds on what has been talked about by Mr. Baas. It builds on the notion of linked-up government, an idea from the U.K. They had an initiative launched strategically and very wisely. It was done not by the Minister of Health but by the Chancellor of the Exchequer in which all departments and ministries were asked to speak to health inequities. There is a great opportunity to build on the things that Mr. Baas referred to in an effort to link various ministries within government, and I will provide you with some examples.

I note that the ActNow program is a fantastic initiative for breaking new ground, but it is largely still at the lifestyle-behavioural level. When I go to meetings with Health Canada or the Public Health Agency of Canada, I do not see

sciences humaines ainsi que d'autres organismes subventionnaires devraient financer la recherche dans le domaine de la santé des populations, ce qui n'empêche que nous devons aussi mobiliser les Canadiens dans le cadre d'un dialogue fondamental portant sur les déterminants de la santé. Nous sommes aux prises avec une dure réalité et j'ai énuméré quelques idées à ce sujet. Nous agissons sur ce plan et je pense que vous trouveriez des gens prêts à vous écouter à ce propos.

Je vais vous citer trois exemples récents. Premièrement, dans le cadre de recherches effectuées à Saskatoon, un important sondage a été réalisé auprès de la population pour déterminer si les gens voulaient consacrer à la santé des populations réorienter une partie des fonds normalement consacrés aux soins de santé. Les gens se rendent bien compte, je crois, qu'il ne s'agit pas d'un jeu à somme nulle et qu'il n'est pas question d'échanger des bassins hygiéniques ou des listes d'attente pour quelque chose d'autre. Les chercheurs ont constaté que la population est tout à fait disposée à engager le dialogue au sujet d'un basculement éventuel des ressources.

Deuxièmement, dans un sondage réalisé à Vancouver il y a peu de temps, le maire a demandé aux résidents ce qu'ils attendaient par-dessus tout des Jeux olympiques de 2010. Il se trouve que j'ai perçu une subvention pour évaluer les répercussions des Jeux olympiques sur le cœur de la ville. À ma grande surprise, ce qui intéresse les Vancouverois en premier lieu, c'est la diminution du nombre des sans-abri. Je ne vois pas en quoi ils peuvent s'imaginer que les Jeux olympiques vont permettre de réduire ce nombre en 17 jours seulement.

Enfin, nous venons tout juste de terminer une étude qui a consisté à analyser tous les articles de journaux traitant du phénomène des sans-abri en Colombie-Britannique au cours des 30 dernières années. Nous avons appliqué pour cela ce qu'on appelle une analyse du discours. Nous avons constaté que, contrairement aux médias américains, les médias canadiens ont tendance à attribuer le phénomène des sans-abri à des causes sociales plutôt qu'à des causes individuelles. Ils ne l'attribuent ni à la faiblesse ni à l'immoralité de ceux et de celles qui en sont victimes. Ils estiment que l'autonomie et le sens des responsabilités personnelles sont certes importants, mais qu'il y a également lieu de se préoccuper de l'érosion du soi-disant filet de sécurité sociale canadien.

Mon deuxième message rejoint ce que vous a dit M. Baas. Il s'appuie sur la notion de front d'action gouvernemental, idée qui nous vient du Royaume-Uni. Les Britanniques ont en effet lancé, sous l'impulsion non pas du ministre de la Santé mais du Chancelier de l'Échiquier, une initiative stratégique fort bien pensée qui consiste à exiger de tous les ministères qu'ils s'intéressent activement à la question des iniquités. Il existe de nombreuses possibilités de bâtir quelque chose à partir de ce que M. Baas nous a décrit afin de parvenir à unifier l'action des différents ministères et je vais vous en donner quelques exemples.

Le programme ActNow présente de grandes possibilités d'innover, mais il ne concerne encore que l'étape du comportement et du mode de vie. Quand je participe à des rencontres avec des représentants de Santé Canada ou de l'Agence

people from HRSDC or the homelessness branch. When I go to the homelessness meetings, I never see the health people. It is as if there are, as we say in Canada, two solitudes; perhaps 200 solitudes. There is a need for that kind of linkage.

We have, in the past, reviewed national health goals all over the world. We tried to establish British Columbia health goals, and we did get them. I have done work with Sweden and other countries on national health goals. Sweden has robust goals of that sort. For whatever reason, we in Canada have an aversion to this concept. Perhaps it is related to the whole provincial-federal dialectic. There are probably a whole host of factors. I believe there is a need for measurable targets: targeted resources and resource targets. At the moment we do not have them. The danger is that, as my friend and mentor would say, with a lack of targets, you can call anything you hit the «goal,» which is not necessarily good.

I would commend to this committee the notion of creating at least some case study-oriented targets to play out the population health agenda. I advise you to have measurable targets that would speak to this government's interest in evidence-based decision making and accountability. I think that is what Canadians want.

I would also echo what Mr. Baas said: I think that the targets and however you evaluate them need to fit with communities. There must be both a top-down and bottom-up blending of things.

The last message I would leave you with is around the overlooked opportunity to link population health with economic and social productivity. In Canada, one of the largest groups of unemployed people is Aboriginal youth, specifically young Aboriginal males. It is a huge issue.

There is an opportunity to train the next generation of decision makers, physicians, nurses and others, but also to engage ministries like HRSDC and others to work with marginalized youth to engage them in population health initiatives that would advance and improve the quality of communities. For example, in B.C. we have a project that we are doing with street youth. We are creating something called independent living accounts. Money put into a bank account is matched by the private sector or government and can be used for education, work or housing.

I think there is a huge opportunity there to think not only of funds from the health sector, because the health sector is sorely overburdened already, but also to link it to ideas of literacy, economic and social opportunity, and other kinds of

de santé publique du Canada, je ne croise personne de la Direction générale du logement et des sans-abri de RHDSC. Quand j'assiste à des rencontres concernant les sans-abri, je n'y vois personne du secteur de la santé. C'est comme si, comme on dit au Canada, nous avions affaire à deux solitudes, mais il s'agit peut-être davantage de 200 solitudes. Il y a donc lieu de jeter des passerelles intersectorielles.

Dans le passé, tous les pays ont réexaminé leurs objectifs nationaux en matière de santé. En Colombie-Britannique, nous nous sommes livrés au même exercice et nous avons arrêté de nouveaux objectifs. J'ai fait le même travail en Suède et avec d'autres pays. La Suède dispose de solides objectifs sur ce plan. Pour une raison ou une autre, nous éprouvons un certain dégoût envers ce concept au Canada. Cela tient peut-être à toute la polémique entre le fédéral et les provinces. Il existe peut-être de nombreux facteurs qui expliquent ce phénomène. Je pense nécessaire d'adopter des objectifs mesurables : il faut des ressources ciblées et affecter des ressources en fonction des cibles. Pour l'instant, ce n'est pas ce qui se fait. Le risque que présente l'absence d'objectifs, comme mon ami et mentor vous le dirait, c'est qu'il devient possible d'affirmer n'importe quand qu'on a atteint des objectifs, ce qui n'est pas forcément bon.

Je recommande à votre comité de retenir l'idée d'adopter ne serait-ce que des objectifs d'étude afin d'appliquer l'agenda de la santé des populations. Je vous conseille d'adopter des objectifs mesurables qui prouveront l'intérêt de ce gouvernement à prendre des décisions fondées sur des résultats et à exiger la reddition de comptes. Je crois que c'est ce que veulent les Canadiens.

Je fais également miennes les réflexions de M. Baas quand à la nécessité d'aligner les objectifs et l'évaluation qu'on en fait sur les besoins des collectivités. Il faut agir dans les deux sens, c'est-à-dire du haut vers le bas et du bas vers le haut.

Mon dernier message portera sur une occasion à côté de laquelle on passe, celle d'établir un lien entre la santé des populations et la productivité économique et sociale. L'un des plus importants groupes de sans-emploi au Canada est constitué par les jeunes Autochtones, plus particulièrement par les jeunes hommes. C'est un problème immense.

Nous avons donc la possibilité de former la future génération de décideurs, de médecins, d'infirmiers et infirmières et d'autres, mais aussi de mobiliser des ministères comme RHDSC et d'autres afin qu'ils œuvrent auprès des jeunes qui sont marginalisés pour les amener à participer aux initiatives de santé des populations susceptibles de déboucher sur une amélioration de la qualité des collectivités. En Colombie-Britannique, par exemple, nous avons lancé un projet qui s'adresse aux jeunes des rues. Nous avons créé ce qu'on appelle des comptes de vie autonomes. Nous déposons à parts égales, avec le secteur privé ou le gouvernement, de l'argent dans un compte en banque dont le titulaire peut se servir pour son éducation, son travail ou son logement.

Je pense que nous sommes face à une occasion fantastique qui consiste non seulement à raisonner sur le financement du secteur de la santé, parce que celui-ci est déjà lourdement surchargé, mais aussi à établir un lien avec les possibilités qui s'offrent à nous sur

opportunities. We can then make inroads with respect to population health in Canadian.

Those are my messages and my comments.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

The Chair: Thank you very much indeed, Mr. Frankish.

Mr. Baas, I am sincerely sorry that I could not be here to hear you. I will catch up with you on the telephone further to what transpires here today. We have an urgent health problem in Canada now that I had to speak to in the Senate chamber this afternoon, and there was nothing else I could do.

I want to thank the deputy chair, Senator Pépin, for carrying on under very short notice and making the most of your visit.

I will bring you up to date on the hockey news. I indeed have a number. I am No. 3 of the Ottawa Senators, which is the third sweater autographed by the whole team and given out. It is in a big frame in my country home. I understand there is still not a No. 4. When I retired from the Heart Institute, they made me an honorary Ottawa Senator. I told many people that when I was appointed to the Senate, I thought I was making a comeback. That is why I accepted so quickly.

Senator Fairbairn: You started a trend there.

The Chair: The other good news is that I have a grandson aged seven and his hockey team gave him No. 14, which is Dave Keon's number from Toronto.

I have no more hockey news.

Senator Pépin: Thank you both for being here today. Your expertise will really help us.

You spoke about the B.C. Population Health Network. Could tell us a bit more about its role?

Mr. Baas: The B.C. Population Health Network has been in existence for about two years, maybe a bit more. It brings together leaders in population health from all of the health authorities. There is also representation from the B.C. Provincial Health Services Authority, which is considered the sixth health authority for the entire province. Trevor Hancock represents the province and usually chairs that committee.

The goal of the committee is to network. There is real communication about what we do across the province in the different health authorities, so it is a forum for airing issues and focusing on emerging themes within the health authorities and how we can best address them provincially. The meetings are held

les plans de la littératie et de l'aspect socio-économique, mais aussi sur d'autres plans. Nous pouvons réaliser de véritables progrès dans le domaine de la santé des populations au Canada.

C'est tout ce que je voulais dire et ce sont là les messages que je voulais transmettre.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Frankish.

Je suis désolé de n'avoir pu vous entendre, monsieur Baas. Je me rattraperai au téléphone avec vous pour que nous discutons de ce qui s'est passé. Comme nous sommes aux prises avec un problème de santé urgent au Canada, j'ai dû prendre la parole à la Chambre haute cet après-midi, et il n'y avait donc rien que je pouvais faire pour me trouver ici.

Je tiens à remercier la vice-présidente, le sénateur Pépin, de m'avoir remplacé au débotté et d'avoir su tirer le meilleur de votre visite.

Je vais vous dire où nous en sommes côté hockey. C'est vrai que j'ai un numéro des Sénateurs d'Ottawa, le numéro 3, puisqu'il s'agit du troisième maillot à avoir été autographié par tous les membres de l'équipe. Il trône fièrement dans un grand cadre, chez moi. Je crois savoir que le numéro 4 n'a pas encore été remis. C'est quand j'ai pris ma retraite de l'Institut de cardiologie que les Sénateurs d'Ottawa m'ont nommé membre honoraire de l'équipe. Comme je l'ai dit à beaucoup, quand j'ai été nommé au Sénat, j'ai eu l'impression de faire un retour dans le passé. C'est pour cela que je n'ai pas hésité à accepter.

Le sénateur Fairbairn : Vous avez lancé une tendance.

Le président : L'autre bonne nouvelle, c'est que mon petit-fils de sept ans a reçu le numéro 14 dans son équipe de hockey. C'est le même numéro que celui de Dave Keon qui joue pour Toronto.

Voilà, c'est tout ce que j'avais à dire au sujet du hockey.

Le sénateur Pépin : Merci de vous être déplacés tous deux et sachez que vos connaissances vont nous être vraiment utiles.

Vous avez parlé du Réseau de la santé des populations de la Colombie-Britannique. Pourriez-vous nous parler davantage du rôle de cet organisme?

M. Baas : Le Réseau de la santé des populations de la Colombie-Britannique existe depuis deux ans environ, peut-être un peu plus. Il rassemble des responsables en matière de santé des populations qui représentent toutes les autorités sanitaires de la province. Nous comptons également des représentants de la Provincial Health Services Authority que nous considérons comme étant la sixième autorité sanitaire de la province. Trevor Hancock, qui représente le gouvernement provincial, est celui qui préside habituellement le comité.

Ce comité a pour mission de créer un réseau. Nous avons instauré de véritables échanges à propos de ce que font les autorités sanitaires de la province et l'on peut donc parler d'une tribune qui nous permet de poser les problèmes sur la table et de nous concentrer sur les questions qui interpellent les autorités

officially four times a year. In terms of reference, the network is moving slowly to actually taking action and creating forums for advocacy work.

Senator Pépin: Could you also tell us whether your finance department is involved in ActNow B.C.? Does this initiative examine low social economic status as a health determinant impacting on poor diet and low levels of physical activity?

Mr. Baas: Are you asking about the finance department within our health authority?

Senator Pépin: I asked if your finance department is involved in ActNow B.C.

Mr. Baas: ActNow B.C. is a provincial cross-ministerial initiative targeted at healthy eating, physical activity and smoking reduction. The premier in B.C. has set goals for making B.C. the healthiest jurisdiction, by 2010, to hold the Olympics. All of the regional health authorities in B.C. are engaged in working toward ActNow targets.

Some resources already exist, but the bottom line for us is that it is a balance between how we are already funded and how we can rearrange or redirect those funds to address those targets.

Mr. Frankish: I think you were asking a slightly different question. My sense is that you were trying to get at whether there is an analysis happening or consideration of the links between lifestyle, exercise and nutrition, and more socio-economic factors. Was that your question?

Senator Pépin: Yes.

Mr. Frankish: I do not know of an explicit allocation of resources to look at the performance of ActNow across different socio-economic strata, for example, or if there are different levels of participation by children from different socio-economic backgrounds.

Dr. Clyde Hertzman in B.C., who many of you would know, is a very good friend and colleague of mine. He is a world leader in early child development and developed a tool called the Early Development Index. He has mapped all of the schools in British Columbia in terms of children's readiness for school — emotional, cognitive and social. He has mapped it across different levels of socio-economic status. This tool holds the promise that it could be linked to programs like ActNow, but I do not think the health regions have the data sets. You could try to do some analysis with Statistics Canada data and postal codes.

Your question is very perceptive, and those are some things we could do.

sanitaires sur le moment et sur la façon de les régler au mieux à l'échelon provincial. Officiellement, le comité se réunit quatre fois par an et le réseau progresse lentement en ce sens qu'il commence à adopter des mesures et à créer des tribunes au nom de la défense des intérêts.

Le sénateur Pépin : Pouvez-vous également nous dire si les Finances participent à ActNow? Cette initiative consiste-t-elle à étudier les incidences d'un déterminant sur la santé, comme la situation socio-économique, sur la mauvaise alimentation et le faible niveau d'activité physique?

M. Baas : Vous parlez du service des finances au sein de l'autorité sanitaire?

Le sénateur Pépin : Je voulais savoir si votre ministère des Finances participe à ActNow.

M. Baas : ActNow est une initiative provinciale interministérielle destinée à favoriser de saines habitudes alimentaires, l'activité physique et la réduction du tabagisme. Le premier ministre de la province a formulé des objectifs pour que la Colombie-Britannique devienne la province la plus saine d'ici 2010 en préparation aux Jeux olympiques. Toutes les autorités sanitaires régionales de la province sont mobilisées autour des objectifs de ActNow.

Nous disposons déjà de certaines ressources, mais pour l'instant nous nous efforcons de réaliser un équilibre entre le mode de financement actuel et une réorientation des fonds que nous percevons afin de financer des objectifs de ActNow.

M. Frankish : Je crois que vous avez posé une question légèrement différente. J'ai l'impression que vous vouliez savoir si l'on tient compte des liens entre le mode de vie, l'exercice physique et la nutrition et d'autres facteurs socioéconomiques, et si l'on effectue des analyses à ce sujet. C'était   a votre question?

Le sénateur Pépin : Oui.

M. Frankish : Je n'ai pas entendu parler d'un budget spécifique consacré à l'analyse des résultats de ActNow pour les différentes strates socioéconomiques ou pour déterminer s'il existe des niveaux de participation différents par enfant en fonction des couches socio-économiques.

Clyde Hertzman, de la Colombie-Britannique, que beaucoup d'entre vous doivent connaître, est à la fois un confrère et un très bon ami à moi. Il est un des chefs de file internationalement reconnu dans le domaine du développement de l'enfance, et c'  st lui qui a mis au point un indice de développement précoce. Il a dressé un profil de la préparation à la scolarité dans toutes les écoles de la Colombie-Britannique en fonction de facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux. Il a effectué cette analyse pour différents groupes socio-économiques. Cet instrument pourrait être greffé sur des programmes comme ActNow, mais je ne pense pas que les régions sanitaires disposent déjà d'un ensemble de données    cet égard. Vous pourriez essayer d'effectuer vos propres analyses de votre côté à partir des données de Statistique Canada et des codes postaux.

Votre question est très perspicace et ce sont effectivement des choses que nous pouvons faire.

Mr. Baas: A further challenge in that vein is that when we look at certain regions and populations, many of our communities are so small that it is hard to apply the particular analysis. We would have to look at Stats Canada data, for example, on a large enough scale to have two communities side by side. On the larger scale it looks like we are in the middle, but there could be huge disparities between those communities. That is a challenge as well.

Senator Munson: In your opening statement, you talked about the child poverty rate in British Columbia as being one of the highest in the country, but B.C. is probably one of the richest provinces in the country, next to Alberta. In the last couple of years, your committee has been dealing with population health. Has it been able to address the notion of bringing people together in a concrete way to alleviate some of the pressing issues of child poverty?

Mr. Baas: That is a great example because there is no way that a health authority, on its own, can address child poverty. Child poverty requires action at all levels of government in terms of strong policy. Mr. Frankish talked about policies that set particular targets. There are examples of other jurisdictions, such as the U.K., where child poverty rates have been reduced significantly.

What we are starting to do in applying population health approaches and an inequity lens when we target particular programs is ask what we can do to help alleviate the pressures of poverty. Addressing poverty right now is all about education, awareness and engaging in dialogue to move poverty from an individual perspective to one that is broader. It is all about looking at the appropriate role within our health authority. It is something that is very clear on our agenda.

We are working on becoming more involved in community capacity building and engagement around housing issues. We hit right up front: What is the issue? The issue is poverty, so it comes up time and again. In some ways, it is a sensitive area for us in that it is embedded within the health authority as well.

Senator Munson: In your opening statement, you talked about your population health support team and that you had early successes with programs concerning tobacco use and the prevalence of seniors falling. How did you do that?

Mr. Baas: A specific number of communities were involved in the falls project; actually, we targeted seniors facilities initially. We wanted to go into those facilities and do very basic analysis and support training. In doing so, we raised the awareness that falls could be prevented. As you know, falls are a huge piece for seniors.

M. Baas : L'autre difficulté à laquelle nous nous heurtons dans l'examen de certaines régions et populations, c'est qu'un grand nombre de nos collectivités sont de petite taille et qu'il est donc difficile de leur appliquer des analyses particulières. Il faudrait, par exemple, tenir compte des données de Statistique Canada à une échelle suffisamment importante pour pouvoir comparer deux collectivités entre elles. À grande échelle, on pourrait dire que nous sommes dans le milieu, mais il pourrait y avoir de très importantes disparités entre les collectivités. Ça aussi, c'est un défi auquel nous sommes confrontés.

Le sénateur Munson : Dans votre exposé, vous avez parlé du taux de pauvreté des enfants en Colombie-Britannique qui est l'un des plus élevés au Canada, même si cette province est sans doute l'une des plus riches, après l'Alberta. Au cours des deux dernières années, votre comité s'est intéressé à la santé des populations. Est-il parvenu à envisager une façon de mobiliser concrètement les gens pour répondre en partie à certaines des questions les plus urgentes qui se posent dans le cas de la pauvreté des enfants?

M. Baas : Eh bien, il s'agit là d'un excellent exemple, parce qu'il n'est pas possible pour une autorité sanitaire de parvenir, à elle seule, à régler le problème de la pauvreté infantile. Ce problème exige que tous les paliers de gouvernement agissent en adoptant des politiques fermes. M. Frankish vous a parlé de politiques précisant des objectifs particuliers. D'autres pays en ont donné des exemples, comme le Royaume-Uni, où les taux de pauvreté infantile ont été considérablement réduits.

Quand nous appliquons une démarche axée sur la santé des populations et sur le phénomène des iniquités, au regard des programmes étudiés, nous cherchons à voir comment contribuer à alléger les pressions associées à la pauvreté. Dans la lutte contre la pauvreté, tout passe par l'éducation, la sensibilisation et la mobilisation autour d'un dialogue qui vise à faire passer la perception que nous avons de la pauvreté du niveau individuel à un niveau plus général. Tout cela nous ramène au rôle que doivent jouer les autorités sanitaires. C'est quelque chose de très clair en ce qui nous concerne.

Nous essayons d'être plus actifs sur les plans du renforcement de la capacité des collectivités et de la mobilisation des autorités autour des questions de logement. Nous posons la question d'entrée de jeu : quel est le problème? Le problème qui se repose sans cesse, est celui de la pauvreté. En un sens, c'est un aspect délicat en ce qui nous concerne, puisqu'il fait partie intégrante du travail de l'autorité sanitaire.

Le sénateur Munson : Dans votre exposé, vous avez parlé de votre équipe de soutien à la santé des populations et des premiers succès que vous avez remportés avec vos programmes concernant le tabagisme et la prévalence des chutes chez les personnes âgées. Qu'avez-vous fait sur ces plans?

M. Baas : Un certain nombre de collectivités ont participé au projet sur les chutes des personnes âgées; en fait, nous avions commencé par cibler les foyers pour personnes âgées. Nous voulions y réaliser des analyses de base et y dispenser une formation de soutien. Ce faisant, nous avons sensibilisé les gens au fait qu'il est possible d'éviter les chutes. Comme vous le savez, ce problème est très grave chez les personnes âgées.

Analysis and support were carried out at a number of pilot sites. Within a very short time, in the order of one or two years, we were able to reduce the rate of falls by something like 20 per cent — not the number of falls but the rate. The actual rate dropped significantly based on those interventions. Subsequently, that information has gone into the development of a region-wide health authority falls strategy, which is still in the process of being implemented.

On the tobacco reduction side, we conducted a campaign called «Kids need breathing space.» It was a social marketing campaign to target families and places where children are potentially confronted by tobacco smoke. We raised that awareness. In evaluating the success of the campaign, there was a significant reduction in tobacco use around children.

That being said, the whole attribution piece is difficult, because at the same time there is a huge push provincially — and I think across Canada — in terms of reducing where people smoke and having smoke-free premises. There is societal momentum to get away from smoking.

Senator Munson: Professor Frankish, I was startled — as you were, I think — when you talked about the survey you did on housing and said that everyone thinks the Olympics will alleviate the problem of homelessness.

Mr. Frankish: It was actually a mayor's poll. The mayor asked people in Vancouver to identify the top issues facing Vancouverites in the next couple of years. They were also asked parallel question: What was their number one expectation of the Olympics? On both questions, issues of poverty, addiction and housing scored the highest — both specifically to the Olympics and more generally in terms of what people thought were the big issues for the city. Issues like crime, civil liberties and other things were on the list, but they were further down.

Senator Munson: If a city, a province and a federal government can get together and host such a thing as the Olympic Games, is there the same attitude in British Columbia or in Vancouver toward easing the problem of homelessness? I know infrastructure is important; I know the highway is important and that they build new buildings. However, is there the same desire inside the belly to say, «Okay, we have a very serious issue because of our homelessness problem?»

Mr. Frankish: I believe the desire is there on both sides. On one side, it is just from being human and seeing the pain and suffering of these women who were murdered by Mr. Picton. I was walking down the street the other day and said to my friend that I just realized that I live in probably the best neighbourhood in maybe

Nous avons donc réalisé des analyses et lancé un certain nombre de projets pilotes. En très peu de temps, en une année ou deux, nous avons pu réduire le taux de chutes de 20 p. 100 environ; je parle bien du taux et non du nombre de chutes. Le taux a donc considérablement diminué grâce à nos interventions. Par la suite, nous nous sommes servis de ces informations pour élaborer une stratégie concernant ce problème, stratégie que nous sommes en train de mettre en œuvre.

Pour ce qui est de la réduction du tabagisme, nous avons lancé une campagne sur le thème des enfants qui ont besoin de respirer de l'air pur. C'était une campagne de promotion sociale visant les familles et les lieux où les enfants risquent d'être exposés à la fumée. Nous avons donc sensibilisé la population à cet égard. Nous nous sommes livrés à une évaluation qui nous a permis de constater une très nette diminution du tabagisme à proximité des enfants.

Cela étant dit, il est difficile d'établir précisément à quoi on doit tel ou tel résultat, parce que la province — et l'on pourrait dire aussi le Canada tout entier — fait beaucoup pour réduire le nombre de fumeurs et protéger les espaces sans fumée. On assiste à un mouvement général, au sein de la société, pour mettre fin au tabagisme.

Le sénateur Munson : Professeur Frankish, j'ai été très surpris — comme vous l'avez sans doute été vous-même — quand vous nous avez parlé d'un sondage que vous avez effectué au sujet du logement et qui vous a révélé que tous les répondants espèrent que les Jeux olympiques vont permettre de régler en partie le problème des sans-abri.

M. Frankish : C'est en fait un sondage qu'a commandé le maire. Il a demandé aux Vancouverois de lui indiquer les grands enjeux auxquels ils allaient être confrontés dans les deux prochaines années. Il en a profité pour leur poser une question en parallèle visant à déterminer ce qu'ils espéraient le plus des Jeux olympiques. En réponse à ces deux questions, ce sont les problèmes de pauvreté, de toxicomanie et de logement qui ont recueilli les scores les plus élevés, tant en rapport avec la tenue des Jeux olympiques que vis-à-vis de la façon dont les résidents percevaient généralement les grands problèmes de leur ville. Des sujets comme la criminalité, les libertés civiles et d'autres, bien que mentionnés par les répondants, sont arrivés loin derrière.

Le sénateur Munson : Une ville, une province et le gouvernement fédéral peuvent s'associer pour accueillir des événements comme les Jeux olympiques, mais constatez-vous, en Colombie-Britannique ou à Vancouver, le même désir de mobilisation pour s'attaquer au problème des sans-abri? Je sais que l'infrastructure est importante; je sais que l'autoroute est importante et qu'il est également important d'ériger des bâtiments. Toutefois, constatez-vous le même véritable désir de s'attaquer au problème des sans-abri, parce que les gens se rendent compte que c'est un enjeu très grave?

M. Frankish : Je crois qu'il existe une volonté sur les deux plans. D'un côté, c'est une simple question d'humanité, parce qu'il est difficile de supporter la souffrance humaine, comme celle des femmes qui ont été assassinées par Picton. L'autre jour, en marchant dans la rue en compagnie d'un ami, je lui ai dit que je

the best city in quite likely the best country in the world. I have been fortunate enough to be born in a time in history when I did not have to go to war. If you put me next to the billions of people who live on Earth and have lived during my lifetime, I am pretty blessed. However, when I walk around the corner from where I live, I see four young people sleeping in minus five degree temperatures on the sidewalk in front of McDonalds because it is open and they can go in and use the washroom; so something is wrong.

I met recently with some people from HRSDC and others. My view on the Olympics is that it creates a window of opportunity. I think you are absolutely right. We have to be realistic; we cannot expect the Olympics to solve the social ills of the country or the world. It is a 17-day travelling circus in which they charge you a lot for using the brand.

However, we are proposing that the Olympics could be catalytic in terms of creating the wedge that was referred to earlier. I met with a deputy minister from HRSDC and we talked about using the Olympics for a community revitalization approach in the Downtown East-side. For example, there is an abandoned school in the Downtown East-side. The province collects \$1 billion a year in property transfer tax. I have approached the government with the notion of taking 1 per cent of the provincial property tax transfer for three years around the Olympics to create a population health implementation centre. I have had very positive responses from two provincial ministers.

Part of the challenge for the health authorities is that we all know the words to the song, but no one has the money to play the music. I think we have to be really creative. I proposed that we use the Olympics as a catalyst to fund a centre that would provide services, link up with communities and engage in social enterprise such as job training with street youth. That is the way it will happen, I think.

Senator Munson: It should be a catalyst for the country.

Mr. Frankish: It could be.

I would point out to senators that at least three Australian states have extremely well developed health promotion foundations that are funded by dedicated tobacco or alcohol taxes, similar to the taxes that were proposed around the mental health commission. The Western Australian Health Promotion Foundation, for example, does amazing population health and health promotion things. The tax generates \$30 million a year, I believe, and they fund community projects, students, research — a whole host of different activities.

vivais sans doute dans l'un des meilleurs quartiers de la meilleure ville du meilleur pays au monde. J'ai ajouté que j'avais eu la chance de naître à un moment de l'histoire où je n'ai pas eu à faire la guerre. Par rapport aux milliards de mes contemporains qui habitent cette planète, je m'estime très fortuné. Pourtant, à un coin de rue de là où je réside, il y a quatre sans-abri qui couchent dehors par moins cinq degrés, sur le trottoir devant McDonalds, parce que cet établissement est ouvert et qu'ils peuvent aller s'y réchauffer et y fréquenter les toilettes. Il y a donc quelque chose qui ne va pas.

Récemment, j'ai rencontré certains représentants de RHDSC et d'autres. Personnellement, j'estime que les Jeux olympiques sont une occasion sur laquelle il faut sauter. Je crois que vous avez tout à fait raison. Nous devons être réalistes; il ne faut pas s'attendre à ce que les Jeux olympiques règlent tous les problèmes sociaux auxquels nous sommes confrontés au Canada ou dans le monde. Il s'agit d'un véritable cirque de 17 jours, orchestré par une organisation qui facture un maximum l'utilisation de son nom.

Nous pensons, cependant, que les Jeux olympiques pourraient servir de catalyseur dans la création des capacités dont nous parlions tout à l'heure. J'ai rencontré un sous-ministre de RHDSC avec qui je me suis entretenu de la possibilité d'utiliser les Jeux olympiques pour revitaliser le Downtown East-Side. Il y a, par exemple, une école abandonnée dans ce quartier. On sait, par ailleurs, que la province recueille 1 milliard de dollars par an en taxe de transfert de propriété. Eh bien, j'ai proposé que — sur une période de trois ans, à cheval sur les Olympiques — le gouvernement prélève 1 p. 100 sur cette taxe provinciale de transfert de propriété afin de mettre sur pied un centre de santé des populations. Deux ministres provinciaux ont réagi très positivement.

En ce qui concerne les autorités sanitaires, une partie du problème tient au fait que nous connaissons les paroles de la chanson, mais que personne n'a l'argent nécessaire pour interpréter la partition. Je crois que nous devons faire preuve d'une grande créativité. J'ai donc proposé que nous nous servions des Jeux Olympiques en tant que catalyseur pour financer un centre qui dispenserait des services, qui serait en prise sur les collectivités et qui conduirait des entreprises à caractère social comme la formation professionnelle offerte aux jeunes de la rue. C'est ainsi, selon moi, que les choses devraient se passer.

Le sénateur Munson : Il faudrait que les Olympiques soient un catalyseur pour tout le pays.

M. Frankish : Ce serait possible.

Je dois vous préciser qu'au moins trois États australiens se sont dotés de fondations très solides qui œuvrent dans le domaine de la promotion de la santé; elles sont financées grâce à des taxes spéciales prélevées sur le tabac et sur l'alcool, un peu à la façon dont la Commission sur la santé mentale l'a envisagé. La Western Australian Health Promotion Foundation, par exemple, accomplit des choses fabuleuses dans les domaines de la santé des populations et de la promotion de la santé. Je crois que les taxes permettent de dégager 30 milliards de dollars par an qui servent à financer des projets communautaires, des étudiants, des projets de recherche, bref tout un ensemble d'activités différentes.

Population health is not going to pay for itself. That is part of the challenge; how can we be creative in finding resources? Taking them from the acute sector is not a good first choice.

Senator Munson: In your strategy, you talked about conducting a pan-ministerial review of health disparities, led by the Treasury Board and the Senate. The other part that intrigued me was establishing binding national health equity targets. In lay person's language, what are binding national health equity targets?

Mr. Frankish: As soon as I put that in my presentation and thought to myself, as a closet federalist, about making anything from the federal government binding across provinces, I recognized the political sensitivities and complexities of it.

Senator Munson: I like it.

Mr. Frankish: My sense is that until population health and health promotion becomes a line item in someone's budget, they will always be cut, always be pushed to the side and always be the first thing that goes. The health authorities want to do more, but they know at the end of the day they will get fired or discharged if they screw around with the acute care system and hospitals more than if they do not do anything about population health.

Right now in Canada, a politician would not become unelected for failing to deal with homelessness. He or she would be more likely become unelected for changing the price of beer. I think there has to be some measure of accountability. Governments always talk about accountability and evidence-based decision making, but I find, with due respect, that many people in public life have an understandable schizophrenic attitude toward accountability. They love to talk about it, but they are loath to establish binding targets, particularly if they go beyond.

Another challenge to which Mr. Bass alluded is that so much of population health is way beyond any one electoral cycle. It is a long-term project. It is like changing seat belt behaviour, smoking behaviour or drinking and driving behaviour. It is a generational thing. It is too important to leave to government. It is too important to leave to any one party. It transcends the electoral cycle. Governments are understandably thinking about this election; they are not thinking about the guy 10 years down the road. We have to somehow rise above that.

Senator Callbeck: You have five health regions, and I am wondering about the structure or the framework. Who do they report to? Obviously the Minister of Health is on top. Do you

La santé des populations ne rapportera rien directement. C'est en partie le problème : que faire pour trouver les ressources nécessaires? Il vaut mieux éviter, a priori, de puiser dans les budgets du secteur des soins aigus.

Le sénateur Munson : Dans votre stratégie, il est question d'entreprendre un examen pan-ministériel des disparités dans le domaine de la santé, sous la gouverne du Conseil du Trésor et du Sénat. L'autre passage qui m'a intrigué concerne l'objectif national contraignant en matière d'équité en santé. Pouvez-vous nous expliquer, en des termes accessibles au commun des mortels, ce que sont ces objectifs nationaux contraignants en matière d'équité en santé?

M. Frankish : Dès lors que j'ai inscrit cela dans mon mémoire et que j'ai envisagé, en fédéraliste de coulisses que je suis, que le palier fédéral imposerait quelque chose aux provinces, je me suis dit que j'allais me heurter à des sensibilités politiques et que les choses se compliqueraient.

Le sénateur Munson : Moi, j'aime!

M. Frankish : J'ai l'impression que la santé des populations et la promotion de la santé feront toujours l'objet de coupures, seront toujours laissées de côté et seront toujours la première chose à laquelle on renoncera tant qu'on ne les transformera pas en poste budgétaire quelque part. Les autorités sanitaires veulent faire davantage, mais elles savent qu'au bout du compte elles risquent beaucoup plus de perdre la partie si elles interviennent dans le système de soins aigus et dans le système hospitalier que si elles ne font rien sur le plan de la santé des populations.

Pour l'instant, aucun politicien au Canada ne court le risque de ne pas être réélu s'il ne s'attaque pas à la problématique des sans-abri. Ce risque serait plus grand s'il voulait augmenter le prix de la bière. Je pense qu'il faut exiger des comptes d'une certaine façon. Les gouvernements parlent toujours de reddition de comptes et de décisions étayées, mais, sauf le respect que je vous dois, je trouve que bien des acteurs de la vie publique ont une attitude schizophrénique compréhensible au sujet de la reddition de comptes. Ils adorent en parler, mais ils détestent être liés par des objectifs contraignants, surtout s'ils risquent de ne pas les atteindre.

L'autre défi auquel M. Baas a fait allusion, c'est que la santé des populations couvre beaucoup plus qu'un cycle électoral. C'est un projet à long terme. C'est un peu comme ce qui s'est passé avec la ceinture de sécurité, la lutte contre le tabac ou la lutte contre l'alcool au volant. Il s'agit d'un changement de comportement qui s'échelonne sur toute une génération et qui est trop important pour qu'on s'en remette au gouvernement, à un seul parti. Ce projet transcende le cycle électoral. Il est naturel que les gouvernements cherchent à se faire réélire; en revanche, ils ne pensent pas à ce qu'il va advenir d'un tel ou d'un tel dans 10 ans d'ici. Nous devons donc nous élever au-dessus des fractures politiciennes.

Le sénateur Callbeck : La Colombie-Britannique est subdivisée en régions sanitaires. Pouvez-vous me parler de la structure et du cadre en place? De qui ces régions relèvent-elles? C'est

have a committee of other departments, ministers from other departments? Do you have an agency or an authority? What is the structure?

Mr. Baas: I will respond with the proviso that the minister might respond differently or more accurately.

There are five geographic regional health authorities, each with a board and a CEO. Those health authorities have an agreement with the province to deliver all of the services that they are required to deliver. My understanding — and Mr. Frankish may know more about this — is that each health authority, while there is certainly dialogue, is individually, as a unit, responsible to the minister.

Mr. Frankish: To my knowledge, B.C. has never had a provincial level. I know that Saskatchewan had the Saskatchewan health council, and some other provinces have had similar type things. I know that the MHOs of all the boards get together and that the CEOs and executive teams talk, but I do not think there is a formal cross-region, mid-level between them and the government, per se. I could be wrong, but I have never heard of it.

Senator Callbeck: In other words, the regions are directly responsible to the minister. No committee of other departments is trying to get them involved in population health.

Mr. Baas: There is certainly a lot of collaboration. For example, if I look at the work of the B.C. Population Health Network and the B.C. Ministry of Health on issues such as smoking, all health care facilities within the province need to go smoke free by March 31, 2008, I believe. There is a huge amount of collaboration between all the health authorities directly involved in implementing that policy. Within our health authority, there is huge discussion about how this policy will actually be rolled out and how to make it happen. There is regular discussion between the people from the health authorities who are leading that implementation. Those discussions happen very much at a practical level around all kinds of issues, including population health.

Population health really is an approach. In terms of our population health unit — and not all health authorities have specific population health units — we have been charged with bringing a population health outlook and approach to the rest of the health authority. The initial dialogues we did within the health authority, those practice support pieces, focused on how to actually engage in dialogues around social determinants and looking upstream. We discussed what all those things mean in terms of our role within the health authority. For example, if we are not actually treating someone, we are asking, “What are the

évidemment le ministre de la Santé qui les coiffe. Avez-vous un comité ou d’autres ministères ou ministres qui les chapeautent? Disposez-vous d’une agence ou d’une autorité supérieure? À quoi ressemble cette structure?

M. Baas : Je vais vous répondre en faisant une mise en garde, soit que le ministre aurait pu vous fournir une réponse différente ou plus précise que la mienne.

Il y a donc cinq autorités sanitaires régionales qui sont chacune coiffées d’un conseil et d’un PDG. Ces autorités sanitaires travaillent en fonction d’une entente avec la province relativement à la prestation des services qu’elles sont censées offrir. À ma connaissance — et il est possible que M. Frankish en sache plus long à cet égard — chaque autorité sanitaire doit rendre des comptes au ministre, même s’il existe un certain dialogue à l’échelon de la structure.

M. Frankish : À ma connaissance, la Colombie-Britannique n’a pas d’organisation panprovinciale. Je sais, par exemple, que la Saskatchewan a le Saskatchewan Health Council et que certaines autres provinces se sont dotées d’organismes semblables. Je sais, par ailleurs, que les médecins-hygiénistes qui siègent à tous les conseils se rassemblent, en même temps que les PDG et les équipes de direction, pour parler entre eux, mais je ne pense pas qu’il existe de passerelles inter-régionales officielles entre les autorités sanitaires et le gouvernement. Il est possible que je me trompe, mais je n’en ai jamais entendu parler.

Le sénateur Callbeck : Autrement dit, les régions relèvent directement du ministre. Aucun comité appartenant à d’autres ministères ne cherche à intervenir dans le dossier de la santé des populations.

M. Baas : La collaboration est sans doute intense. C’est le cas, par exemple, du travail accompli par le Réseau de la santé des populations de la Colombie-Britannique et par le ministère provincial de la Santé dans des dossiers comme le tabagisme, puisque tous les établissements de soins de la province devront être sans fumée le 31 mars 2008, si je ne m’abuse. Eh bien, les autorités sanitaires qui participent directement à la mise en œuvre de cette politique ont énormément collaboré entre elles. Au sein de notre propre autorité sanitaire, nous parlons beaucoup de cette politique qui sera prochainement mise en place et de la façon dont tout cela va se produire. Ceux et celles qui, au sein des autorités sanitaires, dirigent cette mise en œuvre, dialoguent souvent entre eux. Ces discussions de niveau très pratique portent sur toutes sortes d’enjeux, dont la santé des populations.

En fait, la santé des populations correspond à une démarche. Notre unité de santé des populations — il faut préciser que toutes les autorités sanitaires ne disposent pas d’une telle unité — a reçu pour mandat d’instiller aux autres services de l’autorité sanitaire une perspective et une démarche axées sur la santé des populations. Nos premiers échanges au sein de l’autorité sanitaire, concernant l’appui à apporter aux pratiques, ont surtout consisté à dialoguer sur les déterminants sociaux et la situation future. Nous avons discuté de ce que tout cela signifie au regard de notre rôle d’autorité sanitaire. Par exemple, s’il nous

causes of the causes?" If we begin to ask those questions throughout all departments of the health authority, we can start making more of an impact.

If we take the community nutritionists and the tobacco reduction coordinators out of the B.C. Interior Health Authority, we are left with something like seven people. Seven people across a massive 216 square kilometres and 700,000 people is not a lot. We cannot actually go ahead and do it. We can only do it by being catalysts and bringing with us that level of dialogue, and it is starting to work. It is everyone's responsibility.

Senator Callbeck: What about the federal government's role? What role did they play in moving to a population health approach in your province, if any? If they did not play any role, what role should they have played or should they be playing?

Mr. Frankish: Not knowing all of the initiatives that have happened, I am sure that somewhere there is a deputy or a minister who will listen to what I have to tell them and say, «Yes, but we did this and that and it was related to population health.»

I do not know the answer. I cannot speak to examples where *prima facie* the province and the federal governments explicitly entered into something involving population health specifically.

Mr. Baas: There is a population health department within the Public Health Agency of Canada, so that part is there in terms of information, developing resources, hosting events and so on. We are certainly aware of the extent to which that actually translates into direct dialogue between federal and provincial counterparts. We look at the research that has been done and have those kinds of discussions. For me, the critical piece is what happens at the federal policy level across specific population health issues. If you take child poverty or homelessness, what is the provincial role, the federal role and the municipal role, and how are policies enacted that get to the point where changes actually take place?

Mr. Frankish: Two examples come to mind. One is the Canadian Institutes of Health Research. I happened, fortunately, to be in Ottawa as a member of one of the grant review committees giving away your tax dollars to researchers. There has been a profound shift in health research funding from the days of the old Medical Research Council. It has changed dramatically. It has expanded and the focus has shifted to include things like population health. The federal government has played a huge leadership role in that shift.

arrive de constater que nous ne traitons pas une personne, nous nous demandons à quelle cause profonde nous le devons. Si nous commençons à nous poser ce genre de questions dans l'ensemble des services de l'autorité sanitaire, il est certain que nous parviendrons à obtenir des effets.

Si l'on fait fi des nutritionnistes communautaires et des coordonnateurs de la réduction du tabagisme de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la Colombie-Britannique, il reste environ sept employés. Sept personnes pour un vaste territoire de 216 kilomètres carrés comptant 700 000 habitants, il faut avouer que ce n'est pas beaucoup. On ne peut pas y arriver. Ce n'est qu'en étant des catalyseurs, en suscitant le dialogue et en commençant par faire le travail que nous pourrions obtenir des résultats. C'est la responsabilité de tout le monde.

Le sénateur Callbeck : Et le gouvernement fédéral, quel devrait être son rôle? Quel rôle doit-il jouer dans l'adoption d'une démarche axée sur la santé des populations dans votre province? S'il n'a joué aucun rôle dans le passé, qu'aurait-il dû faire ou que devrait-il faire actuellement?

M. Frankish : Comme je ne connais pas toutes les initiatives mises en œuvre, je suis certain qu'il se trouvera quelque part un sous-ministre ou un ministre qui, après m'avoir écouté, me dira : « Certes, mais nous avons fait ceci ou cela et c'était en rapport avec la santé des populations ».

Je ne connais pas la réponse. Je ne peux pas vous donner d'exemples où, jusqu'à preuve du contraire, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral se sont effectivement lancés dans un projet concernant la santé des populations.

M. Baas : Comme il existe un service de santé des populations au sein de l'Agence de santé publique du Canada, on peut dire que ce volet est couvert pour ce qui est de l'information, du développement des ressources, de l'organisation d'événements et ainsi de suite. Nous savons que, dans une certaine mesure, cela donne lieu à un dialogue direct entre homologues fédéraux et provinciaux. Nous nous intéressons à la recherche effectuée et nous avons ce genre de discussions. Selon moi, ce sont les politiques adoptées par le gouvernement fédéral en matière de santé des populations qui sont les plus importantes. Prenons la pauvreté des enfants et le problème des sans-abri, par exemple. Quel rôle doivent jouer les différents paliers de gouvernement, le provincial, le fédéral et le municipal, et comment s'y prendre pour adopter des politiques qui, à terme, donneront effectivement lieu à des changements?

M. Frankish : Deux exemples me viennent en tête. Le premier est celui des Instituts de recherche en santé du Canada. Il se trouve que j'ai eu le bonheur de siéger à l'un des comités subventionnaires, à Ottawa, ces mêmes comités qui versent une partie de vos impôts aux chercheurs. Les choses ont profondément changé dans le domaine du financement de la recherche depuis l'époque du Conseil de recherches médicales. La situation est radicalement différente. Le financement a été élargi et il vise désormais des aspects comme la santé des populations. Le gouvernement fédéral a joué un rôle de premier plan qui a été déterminant à cet égard.

The other initiative I would point to, which is also a Crown-type corporation in that it reports to Parliament, is the Canadian Institute for Health Information. They gather information needed to plan and enter into informed decision making about the health and quality of life of Canadians. Increasingly, they are collecting population health data. They have an initiative that funds a grant to do with the Olympics called the Canadian Population Health Initiative.

At the level of specific and actual program delivery, over the last 10 or 20 years the federal government has gotten out of the business of program delivery. When I first started doing these kinds of things, Health Canada was very much involved in prenatal nutrition programs and early childhood development programs. These programs are still there, largely with First Nations, but they have decreased dramatically. You would have to ask the ministers in each province for more detail.

This begs the question of which activities around population health are best made at which level of the system. Some things are done well federally, some things need to be done more at the community level, and some in the middle, for the provinces. We are still in the business of sorting that out, and this committee is a great step toward articulating what the potential federal role can and should be.

Senator Calbeck: You talked about community action for health as being a one-year project. You said that at the beginning there was tremendous resistance but that it turned around and there was great support. How did you do that in a year?

Mr. Baas: The resistance came in two places. We insisted on two things. One was that some of the money would go to hiring community developers, community engagement personnel. Through the interior health region, the money was funnelled through seven host community agencies. The host community agencies did the hiring for a part-time community developer, and there was resistance to that. Why not give the money right to the people who are applying for it?

The second area of resistance was that in terms of supporting the ActNow targets we insisted that the projects which were brought forward had to address either environmental or policy shifts. There was resistance because there was no sense of what that meant.

What is an example of a policy shift in a small community? We held many meetings throughout the region to talk about this topic. There was an incredibly short timeline to get this \$1 million out the door. Once the community developers started to engage with the host agencies, people began to come forward with ideas. The community developers worked with the people who had applied and looked at it from a policy perspective. As the projects started to come in, we identified that having someone focused on

L'autre initiative que je pourrais vous mentionner, et qui relève également du Parlement, est celle de l'Institut canadien d'information sur la santé qui permet de recueillir les informations nécessaires à la prise de décisions éclairées dans les domaines de la santé et de la qualité de vie des Canadiens. Or, l'Institut canadien d'information sur la santé recueille de moins en moins de données sur la santé des populations. Il a lancé une initiative de financement d'une subvention liée à la tenue des Jeux olympiques : l'Initiative sur la santé des populations canadienne.

Il y a déjà plus de 10 ou 20 ans que le gouvernement fédéral a cessé d'administrer directement des programmes. Quand j'ai débuté dans ce domaine, Santé Canada s'occupait surtout de programmes de nutrition prénatale et de développement de la petite enfance. Ces programmes existent encore, la plupart d'ailleurs s'adressant aux Premières nations, mais ils sont de moins en moins nombreux. Vous devriez demander des précisions aux ministres concernés de chaque province.

Cela soulève la question de savoir à quel palier du système les activités relatives à la santé des populations sont les plus efficaces. Dans certains cas, il s'agit de celles du palier fédéral, dans d'autres du palier communautaire et il y a aussi les activités intermédiaires qui sont le mieux assurées par les provinces. Nous cherchons encore une réponse à cette question et votre comité représente un pas important dans la formulation du rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer.

Le sénateur Calbeck : Vous avez dit que l'action communautaire en santé est un projet d'un an. Vous avez dit qu'au début, vous vous êtes heurtés à une forte résistance, mais que les choses ont changé et que vous bénéficiez à présent d'un appui important. Comment êtes-vous parvenus à ce résultat en un an?

M. Baas : La résistance avait deux origines. Nous avons insisté sur deux choses. D'abord, nous avons rappelé qu'une partie de l'argent serait consacrée à l'embauche d'agents de développement communautaire, d'un personnel de terrain. Les fonds ont transité par la région sanitaire de l'intérieur pour être ensuite canalisés vers les sept organismes communautaires, organismes qui ont chacun embauché un agent de développement communautaire; c'est là où nous nous sommes heurtés à une certaine résistance. On nous a demandé pourquoi les fonds n'allaient pas directement aux demandeurs?

Le deuxième point dur tenait au fait que nous avons insisté afin de respecter les objectifs de ActNow, pour que les projets proposés favorisent un changement de politiques ou un changement sur le plan gouvernemental. Les gens ont résisté parce qu'ils ne savaient pas ce que cela signifiait.

Vous voulez savoir ce que donne un changement de politiques dans une petite collectivité? Eh bien, nous avons tenu de nombreuses réunions à l'échelon de la région pour en discuter. Ce million de dollars a fini par être rapidement distribué. Tout de suite après l'engagement des agents de développement communautaire par les organismes hôtes, les gens ont commencé à venir proposer leurs idées. Les agents de développement communautaire ont collaboré avec les

community engagement and community development benefited other projects in the community, even though they were not part of the target piece.

I have copies here of a tabloid that articulates the 73 projects that were funded. It gives short descriptions and some more in-depth pieces. It was a matter of people becoming more familiar with the process and understanding that we were looking at the long term. The effects of funding for one year can be extended if we do something that addresses the environment or policy. That was recognized and it went beyond.

Senator Cochrane: I have a question about something that is not mentioned in your notes. Tell me about the centre that has been in place for quite a few years where people get clean needles. Is it working? Do you know anything about that?

Mr. Frankish: You are talking about Insite, the safe injection site in Vancouver.

Senator Cochrane: It is in the Downtown East-side, is it not?

Mr. Frankish: I can speak to that issue because I have been involved in it, and perhaps Mr. Bass will want to add something.

Insite, a safe injection site, has had, as some people in the community would say, a stay of execution from the government for a period of time. It is not without controversy. The philosophy is that people are making what many others consider to be poor choices. They are engaging in risky and unhealthy behaviour using intravenous drugs, which are highly addictive and cause much collateral damage ranging from infection to overdose.

People in Holland, Germany and other places around the world came up with the notion of harm reduction, which is that if we cannot get rid of the problem right away, let us try to reduce the harm generated by the problem. They have been quite successful in Germany.

Part of the challenge with Insite is how to define success. If you define success in terms of fewer people starting to do drugs or choosing not to do drugs, it is probably not successful. A team of researchers from Vancouver led by Evan Wood and other people, my colleagues, have done the best research in the world. There is no need for any more research. Their research has been published in the *New England Journal of Medicine* and other very good journals.

Insite works in reducing overdose deaths and the sharing of needles, which we know is highly related to hepatitis C and HIV transmission. The challenge is that it is not resourced, funded or

demandeurs pour examiner leurs projets sous l'angle de la programmation. Au fur et à mesure que les projets arrivaient, nous nous sommes aperçu que le fait d'avoir désigné des agents de développement ou d'intervention communautaire profitait aux autres projets de la collectivité, même s'ils n'avaient pas de rapport direct avec le projet central.

J'ai avec moi des exemplaires d'un tabloïde qui donne une brève description des 73 projets financés et qui s'attarde davantage sur certains d'entre eux. En fait, les gens en sont venus à connaître de mieux en mieux le processus et à comprendre ce que nous recherchions à long terme. Le financement sur un an peut avoir des effets prolongés dans le cas de projets concernant l'environnement ou les programmes. C'est ce que nous avons constaté.

Le sénateur Cochrane : J'ai une question à vous poser sur quelque chose qui n'apparaît pas dans vos notes. Parlez-moi du centre de distribution de seringues qui existe depuis plusieurs années. Est-ce qu'il donne des résultats? Êtes-vous au courant de ce qui se passe de ce côté?

M. Frankish : Vous voulez parler d'Insite, qui est la piquerie de Vancouver.

Le sénateur Cochrane : C'est dans le Downtown East-Side, n'est-ce pas?

M. Frankish : Je peux vous en parler, parce que j'ai participé à ce projet et il est possible que M. Baas voudra ajouter quelque chose de son côté.

La piquerie Insite vient, comme diraient certains, de bénéficier pour un temps d'un sursis d'exécution par le gouvernement. Il y a tout de même une controverse, puisque beaucoup estiment que les toxicomanes sont des gens qui font de mauvais choix. Ils ont un comportement malsain et dangereux parce qu'ils consomment des drogues injectables qui sont hautement toxicomagènes et qui entraînent de nombreux problèmes secondaires allant de la transmission de maladies infectieuses à l'overdose.

Le concept de réduction des préjudices nous vient de Hollande et d'Allemagne, mais aussi d'autres pays qui se sont dit qu'il faut faire quelque chose, même si l'on ne parvient pas à éliminer complètement le problème. Cette formule donne d'excellents résultats en Allemagne.

Une partie du problème à Insite consiste maintenant à définir à quoi correspond le succès. Si l'on retient comme critère de réussite la diminution du nombre de nouveaux toxicomanes ou de ceux qui décident de ne pas consommer de drogues, alors les résultats ne sont sans doute pas probants. Une équipe de chercheurs de Vancouver, sous la direction d'Evan Wood et d'autres, qui sont mes confrères, ont réalisé la meilleure recherche actuellement connue dans le monde. Il n'est pas nécessaire de faire davantage de recherches. La recherche en question a été publiée dans le *New England Journal of Medicine* et dans d'autres excellentes revues scientifiques.

Insite permet de réduire le nombre de décès par overdose ainsi que les problèmes associés à l'échange d'aiguilles, comme la transmission de l'hépatite C et du VIH. Le problème, c'est que le

designed to move people where we all want to move them, which is into treatment, to a better quality of life and to social re-engagement.

The next thing that will be considered in Canada in relation to this problem is what has been done in the U.S., which is assertive community treatment — giving people a choice of going either to treatment or to jail because they are not making good choices. As Canadians, we are loath to intrude on the social liberties of individuals, which is nice. However, from everything I have read, being dispassionate and objective about the issue, Insite works in relation to everything that it was charged to do. It is a success. The research is very consistent. The program was not designed to end drug use; it was not designed to reduce the number of people starting to use drugs, but it is working for the things it was designed to accomplish.

Mr. Baas: I would add that if we are looking at this issue from a population health perspective, then we are looking at the whole continuum as well. How do we create a society that is healthy and vibrant, where people feel engaged so that the number of people who end up on the streets or homeless or using drugs is very small? It can be a whole lot smaller than it is now so that the harm reduction piece falls away from that point, somewhere in the middle. There is harm reduction, but then you can carry the continuum right to tertiary care or incarceration. It is one of those pieces. That project has a narrow focus, but it is so high profile that you can find tons of information about it.

Mr. Frankish: That speaks to another huge issue in which the committee might be interested — the notion of continuity of care. There are a number of places in our system, in particular around issues related to population health, where we have very poor continuity of care. For example, when people in prison are released, they usually have huge problems, but there is very little care for them. I was talking to a surgeon in Vancouver the other day. We are starting a new project. People going to Vancouver hospitals for major surgery are discharged back to the street or to a homeless shelter, which is absurd. When someone goes into Insite, there is no continuity and no next steps of followup.

Senator Cochrane: This subcommittee is interested in examining the effectiveness of various interventions to reduce the health disparities or inequalities among various sectors of the population, whether Aboriginal, youth, seniors or others. That is our purpose.

Based on the B.C. experience, what are the fundamental building blocks or strategies to improve health for all and to reduce health disparities?

centre n'a pas été conçu, qu'il n'est pas financé et qu'il n'a pas les ressources voulues pour amener ses clients à faire ce que nous souhaitons qu'ils fassent, c'est-à-dire à suivre des cures de désintoxication, à avoir une meilleure qualité de vie et à réintégrer pleinement la société.

Au Canada, on va maintenant se tourner, afin de régler ce problème, vers une solution appliquée aux États-Unis qui consiste à imposer un traitement en milieu communautaire, les toxicomanes dont on juge qu'ils font de mauvais choix ayant l'option de se faire traiter ou d'être emprisonnés. Les Canadiens répugnent à empiéter sur les libertés sociales individuelles, ce qui est fort bien. Il ressort de tout ce que j'ai lu de détaché et d'objectif sur le sujet qu'Insite fait tout ce qu'il faut faire en fonction du mandat qui lui a été confié et que c'est une réussite. La recherche le confirme. Le programme n'a pas été conçu pour réduire le nombre de nouveaux toxicomanes et il donne les résultats escomptés en regard de ce pourquoi il a été mis sur pied.

M. Baas : J'ajouterais que, dès lors qu'on appréhende cette question sous l'angle de la santé des populations, on a une idée de tout le continuum. Comment parvenir à créer une société saine et dynamique où les gens se sentent partie prenante de sorte que le nombre de ceux et de celles qui se retrouvent dans la rue ou sans-abri ou qui consomment des drogues soit très limité? Le nombre de toxicomanes pourrait être réduit au point où toute action en matière de réduction des préjudices ne serait plus prédominante. Il y a certes la réduction des préjudices, mais si l'on pousse le continuum, il y a aussi les soins tertiaires ou l'incarcération. La réduction des préjudices est un élément parmi d'autres. Insight est un programme dont le mandat est limité, mais comme il retient l'attention, on peut obtenir beaucoup d'informations à son sujet.

M. Frankish : Cela nous ramène à une autre très grande question qui pourrait intéresser le comité, soit la notion de continuité des soins. Dans bien des volets de notre système, surtout quand il s'agit de questions concernant la santé des populations, la continuité des soins laisse beaucoup à désirer. Par exemple, à leur sortie de prison, les ex-détenus sont généralement aux prises avec d'énormes problèmes et ils ne bénéficient que de très peu d'assistance. L'autre jour, je me suis entretenu avec un chirurgien de Vancouver à propos d'un nouveau projet que nous lançons. Les patients qui sortent des hôpitaux de Vancouver après une chirurgie majeure se retrouvent directement dans la rue ou dans un logement pour sans-abri, ce qui est absurde. Insite n'assure aucune continuité et ne prend pas de mesures de suivi.

Le sénateur Cochrane : Notre sous-comité veut étudier l'efficacité des différents modes d'intervention destinés à réduire les disparités ou les inégalités dans le domaine de la santé entre les différents segments de la population, que ce soit les Autochtones, les jeunes, les personnes âgées ou les autres. C'est cela notre objectif.

D'après l'expérience de la Colombie-Britannique, quels sont les piliers ou stratégies qui permettent d'améliorer la santé en général et de réduire les disparités sur ce plan?

Mr. Baas: That is a good question and a big one. There are a number of ways to answer it. From a provincial perspective, the fundamental building block would be a realization that inequities exist and that they can be addressed; and a commitment at all levels to actually do something about that. Starting there, we see that initiatives are being undertaken, such as ActNow, with an individual focus to provide great leverage within the health authorities and use it as a wedge to address the more fundamental determinants that lie underneath. I would also mention the review of public health programming within all of B.C. to apply equity population and equity lenses to all of the work that public health is engaged in.

The typical budget for a public health department for a health authority in B.C. is about 3.5 per cent, or perhaps less. The specific budget amount that is allocated to population health would probably be less than 1 per cent because public health includes all of the aspects, such as immunization and so on. That is not unusual. It is pretty standard across Canada. As part of that dialogue, people have been advocating for 6 per cent rather than 3 per cent.

Mr. Frankish: In no particular order, the first of my three building blocks is early childhood development and the kinds of things that Dr. Hertzman and Dr. Mustard talk about. It is much more challenging to repair the damage than it is to intervene early on.

The second is literacy, and the third is educating and employing as many women as possible — in particular Aboriginal women — in productive well-paying jobs.

The fourth, which is so fundamental to everything else, is adequate, affordable and supportive housing for people with mental illness and addictions — for all Canadians. The UN rapporteur was in Canada not too long ago and visited some First Nations communities. He said they were worse than communities in Third World countries.

To recap, my four fundamental building blocks are early childhood development, literacy, women's health and housing, and, in particular, supportive housing for people with mental health problems and addictions.

Mr. Baas: With respect to early childhood development, health authorities are now expected to use information from the instrument that Dr. Clyde Hertzman developed. I am not sure about the exact wording, but it is in the letter of agreement between the health authorities and the province. More than health authorities are involved because early childhood development also entails education and other support. Acknowledgement is important.

Senator Cochrane: Are there particular interventions that you believe to be most effective in reducing these disparities?

M. Baas : Voilà une bonne question, mais également très vaste à laquelle on pourrait répondre de différentes façons. Du point de vue provincial, les piliers sont la prise de conscience de la possibilité de régler les iniquités ainsi que l'engagement, à tous les échelons, d'agir dans ce sens. Cela étant posé, la province adopte des initiatives axées sur l'individu, comme ActNow, destinées à exploiter les forces des autorités sanitaires et à s'attaquer ensuite aux déterminants fondamentaux qui sous-tendent les problèmes constatés. Je tiens à mentionner la revue des programmes de santé publique entreprise en Colombie-Britannique en vue d'appliquer les principes d'équité à tout le travail qui se fait dans le domaine de la santé publique.

En règle générale, le budget des autorités sanitaires représente 3,5 p. 100 du budget total du ministère de la Santé publique de la Colombie-Britannique, et peut-être même moins. Quant au budget plus spécialement consacré à la santé des populations, il représente sans doute moins de 1 p. 100 du total, parce que la santé publique englobe tout, comme la vaccination. Cela n'a rien d'exceptionnel et c'est même assez caractéristique de ce qu'on constate à l'échelle canadienne. À la faveur du dialogue qui a cours, les gens réclament 6 p. 100 plutôt que 3 p. 100 du budget total.

M. Frankish : Je vous dirais, sans ordre particulier, que le premier de mes trois piliers est le développement de la petite enfance avec tout ce que les Drs Hertzman et Mustard en ont dit. Il est beaucoup plus difficile de guérir que de prévenir.

Le deuxième pilier, selon moi, est constitué par la littératie et le troisième est celui de l'emploi du plus grand nombre de femmes possible — surtout des Autochtones — dans des postes rémunérateurs.

Le quatrième pilier, qui soutient le reste de l'édifice, est le logement qui doit être adéquat, abordable et adapté à des personnes souffrant de maladie mentale ou à des toxicomanes. Nous avons récemment reçu la visite du rapporteur de l'ONU qui s'est rendu dans des collectivités de Premières nations. Il a déclaré que leur condition de vie est pire que celle constatée dans des pays du tiers monde.

Pour résumer, je dirais donc que mes quatre piliers sont le développement de la petite enfance, la littératie, la santé des femmes et le logement, surtout un logement qui soit adapté à des personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanies.

M. Baas : En ce qui concerne le développement de la petite enfance, les autorités sanitaires envisagent maintenant de se servir des informations recueillies grâce à l'instrument mis au point par le Dr Clyde Hertzman. Je ne sais pas exactement en quels termes cela a été énoncé, mais on le retrouve dans la lettre d'entente qui a été signée entre l'autorité sanitaire et la province. Ce projet ne concerne pas uniquement les autorités sanitaires, parce que, qui dit développement de la petite enfance dit également système d'éducation et autres types de soutien. Il est important d'en prendre acte.

Le sénateur Cochrane : Existe-t-il des interventions particulières qui, selon vous, sont les plus efficaces pour réduire ces disparités?

Mr. Baas: My starting point would be the great amount of work that should be done on policy at all levels of government. From a health authority perspective, we are effective to the extent that we can engage communities and get them to come to the table with resources, such as personnel. In that way the community engagement process is active. For example, it is a matter of helping communities develop a food security group or bring awareness to falls issues or motor vehicle crashes. It is a matter of working with the Northern Health Authority and the Vancouver Island Health Authority to determine a way to address this issue from a health authority perspective and who else needs to be involved in those pieces. The key is to engage. We have seen that to be effective on the community action health project. It is fundamental, but not in the absence of solid policy.

Mr. Frankish: There is a famous story about a bank robber. Someone asked him why he robbed, and he said, "Because that is where the money is." I would suggest that you look to countries like Sweden and the U.K. where they have made great changes. Even the United States has made some great changes with respect to homelessness. Beg, borrow and steal the best ideas of what works in other jurisdictions. Some of it we know and a lot of it we are still working on. It is clear that you need government direction at a policy and a political level — and they are not the same, as you know — meshed with a bottom-up community approach. One without the other is not adequate.

Senator Cochrane: Are there any particular barriers that you see?

Mr. Baas: From a health authority perspective, the most obvious barrier is the tension between health care and the huge demands on cutting wait lists, as well as looking at health promotion and the population health piece. For the latter, the results are not immediate; they are long term.

That said, we feel solid support within our health authority and are grateful for that. At the same time, we recognize the huge pressure it is under.

A large amount of work is needed in terms of community engagement and awareness. The population health lens needs to extend far beyond the health authority. The other piece is how we actually engage with communities.

There was a conference in Kelowna a few months ago that we helped promote. It was called Cities Fit for Children. We got the municipalities, the regional districts, health authorities and

M. Baas: Je commencerai par mentionner le travail très important qui a été réalisé par tous les paliers de gouvernement sur le plan des politiques. Du point de vue des autorités sanitaires, je dirais que nous sommes efficaces dans la mesure où nous parvenons à mobiliser les collectivités pour les asseoir autour d'une table avec les ressources nécessaires, comme du personnel. En ce sens, la mobilisation de la collectivité est un processus actif. Par exemple, nous pouvons les aider à mettre sur pied un groupe de sécurité alimentaire ou à les sensibiliser au problème des chutes des personnes âgées ou des accidents de véhicule motorisé. Il est donc question pour nous de collaborer avec l'Autorité sanitaire du district du Nord et l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver pour trouver une façon de nous attaquer à ce problème du point de vue des autorités sanitaires et de faire également appel à tous ceux qui doivent participer à nos projets. L'essentiel, c'est la mobilisation, comme nous avons pu le constater à la faveur du projet sanitaire d'action communautaire. C'est fondamental, mais nous ne pouvons nous passer de politiques solides.

M. Frankish: Il y a une bonne histoire qui court au sujet d'un voleur de banque à qui l'on demande pourquoi il vole. Il répond : « Tout simplement parce que l'argent est là ». Prenez deux pays, comme la Suède et le Royaume-Uni, qui ont apporté de grands changements dans le domaine dont nous parlons. Même les États-Unis ont fait beaucoup pour s'attaquer au problème des sans-abri. Nous devons emprunter et même voler les autres les idées qui fonctionnent. Il y a des formules que nous connaissons et d'autres, nombreuses, sur lesquelles nous continuons de plancher. Il faut effectivement que le gouvernement fixe une orientation, qu'elle relève de la Politique ou des politiques — et, comme vous le savez, ce n'est pas la même chose — parallèlement à une démarche communautaire qui part de la base. L'un sans l'autre, ça ne donne rien.

Le sénateur Cochrane: Vous heurtez-vous à des obstacles particuliers?

M. Baas: Du point de vue des autorités sanitaires, l'obstacle le plus évident est celui de la tension qui existe entre les soins de santé et les pressions énormes qui sont exercées pour réduire les listes d'attente, sans oublier la promotion de la santé et la santé des populations. Dans ce dernier cas, les résultats ne se font pas immédiatement sentir, ils interviennent à longue échéance.

Cela dit, nous avons l'impression d'être solidement appuyés au sein de notre autorité sanitaire et nous en sommes reconnaissants. Il n'empêche que nous sommes conscients des énormes pressions qui sous-tendent tout cela.

Il va falloir effectuer un gros travail du côté de la mobilisation et de la sensibilisation des collectivités. Il va falloir étendre le concept de la santé des populations bien au-delà du mandat confié aux autorités sanitaires. Par ailleurs, il faut se demander comment parvenir à mobiliser effectivement les collectivités.

Il y a quelques mois, nous avons contribué à promouvoir une conférence qui s'est déroulée à Kelowna. Elle avait pour thème « Les villes adaptées aux enfants ». Nous sommes parvenus à

business people to come together. It looked at how we can actually make our cities fit for children in terms of transportation, housing, et cetera.

Senator Cochrane: Is that still going on?

Mr. Baas: That was a single conference. There will be pieces that follow out of that. The conference also had involvement from the Union of British Columbia Municipalities. There were many players at the table. Those kinds of forums are critical.

How do you change such forums into action and resource it? If there is public support, great, but that is a challenge in terms of dialogue. People ask me why they should put money into helping people stop smoking. The 3.5 per cent budget is all for public health. Truly, we are putting small amounts of money into that program and asking what the cost savings are. Smoking is one of those classic examples.

Senator Cochrane: Regarding your ActNow program, have you evaluated it? Has an assessment been done? Is an assessment approach in your framework? All programs need to be assessed.

Mr. Frankish: They have actually just had some recent calls for bids on contracts to do a major evaluation. I applaud the fact that they are going to do what looks like a pretty substantive evaluation. It is in the early days, but it is clear that they are planning to do a robust evaluation. They have calls for proposals and I know some people who have put in bids.

Senator Cochrane: Do you have anything evaluated yet?

Mr. Frankish: I think there are probably some pieces of things. If you were to talk to Minister Hogg, he could probably give you some of the early information. I know they have a framework and the wheels are in motion.

The Chair: I want to ask a couple of questions that are of tremendous importance to us as we go along.

Mr. Baas, you mentioned that each regional health authority does not have a population health unit. From the five health authorities, how many are there now?

Mr. Baas: There are different structures, so it is hard to say. All of the health authorities have some involvement with population health, and I think that the structure in each one is quite different. Within our health authority, our public health is regional. Our whole public health department is responsible for the entire region and population health is part of that. As a director of population health, I am there with the other directors for prevention services, protection and so on. That structure is not the same in the other health authorities. That is part of the history of how

rassembler des représentants de municipalités, de districts régionaux, d'autorités sanitaires et du milieu des affaires. Ils ont eu l'occasion de réfléchir sur la façon d'adapter nos villes pour nos enfants pour ce qui est du transport, du logement et ainsi de suite.

Le sénateur Cochrane : Ce projet se poursuit-il?

M. Baas : Il s'agissait d'une seule conférence. Il y aura des suites. L'Union des municipalités de la Colombie-Britannique y était également représentée. Nous avions de nombreux acteurs autour de la table, parce que ce genre de tribune est très important.

Comment transformer ces tribunes en action et comment les doter de ressources suffisantes? Quand on bénéficie du soutien du public, c'est merveilleux, mais il y a le problème du dialogue qu'il faut instaurer. Les gens me demandent pourquoi ils devraient dépenser de l'argent pour en aider d'autres à s'arrêter de fumer. Le budget de 3,5 p. 100 est celui de la santé publique en général. En vérité, nous n'investissons que très peu d'argent dans ce programme et nous nous demandons où sont les économies. Le tabagisme est un exemple classique.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous évalué votre programme ActNow? En avez-vous fait une évaluation? Une telle évaluation est-elle prévue dans votre cadre? Tous les programmes doivent être évalués.

M. Frankish : Nous avons récemment lancé des appels d'offres pour engager une firme qui effectuera une évaluation à grande échelle. Je me réjouis que l'on songe à entreprendre une évaluation qui, semble-t-il, sera de grande envergure. Nous en sommes aux tout débuts, mais il ressort que le gouvernement envisage de faire faire une évaluation très solide. Il y a donc eu un appel d'offres dans ce sens et je connais même des gens qui ont soumis.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que vous avez évalué quoi que ce soit jusqu'ici?

M. Frankish : Certaines choses, ici et là. Le ministre Hogg pourrait sans doute vous donner des informations de première main à ce sujet. Je sais qu'un cadre a été fixé et que les choses sont en mouvement.

Le président : Je vais commencer par vous poser deux ou trois questions dont les réponses seront très importantes pour nous.

Monsieur Baas, vous avez dit que toutes les autorités sanitaires régionales ne comportent pas une unité consacrée à la santé des populations. Ainsi, sur les cinq autorités sanitaires actuelles, combien comptent une telle unité?

M. Baas : Comme les structures sont différentes, il est difficile de répondre à cette question. Toutes les autorités sanitaires s'intéressent d'une façon ou d'une autre à la santé des populations et, à ce que je sache, toutes n'ont pas la même structure. En ce qui concerne notre autorité sanitaire, la santé publique est régionale. Notre service de santé publique s'occupe de toute la région et la santé des populations fait partie de son mandat. En qualité de directeur de la Santé des populations, je travaille aux côtés des autres directeurs à la prestation des services de prévention, de

regionalization happens. All of them have a focus, but I could not answer the question as to who has specific population health departments.

The Chair: What is your relation to the public health authority or agency of B.C.?

Mr. Baas: We work very closely with them. John Millar sits in as part of the Population Health Network and is very engaged. There is a very close relationship on anything to do with population health.

The Chair: I have known Dr. Millar for a very long time, and he has appeared before us here.

To whom do you report?

Mr. Baas: I report to the Senior Medical Health Officer of the B.C. Interior Health Authority.

The Chair: Public health.

Mr. Baas: Exactly.

The Chair: What is your relationship with the Canadian Institute for Health Information, CIHI, when it comes to your data collection, especially in relation to the population health initiative?

Mr. Baas: I know that we have an evidence and surveillance person working specifically on population health. Also, within the Interior Health Authority, the evidence and surveillance people have access to data and foster close working relationships.

The Chair: Does your data go up into the data bank in British Columbia, not into the CIHI data bank?

Mr. Baas: I cannot give you that now but I can get back to you.

The Chair: What is your relationship to municipal government? The National Occupational Mortality Surveillance Study, NOMS, controls the 12 or 13 determinants of health. If you want to pull groups around a table, what authority do you have? What relationships do you have? For example, do you have a seat on the municipal government?

Mr. Baas: I forget the official number of communities within our region, but it is a very large number. We do not have seats on municipal governments. In terms of authority, if, as a health authority, we participate in forums or initiate a forum around a particular issue, there is great interest.

The most effective work we do is when we participate around particular issues, such as homelessness in Nelson. Some of our staff are engaged in dialogues. They are saying, «These are all the pieces that need to happen. What is a legitimate role for us? What

protection et autres. La structure varie donc d'une autorité sanitaire à l'autre. Cela s'explique par la façon dont la régionalisation s'est déroulée. Toutes les autorités sanitaires poursuivent le même grand objectif, mais je ne peux vous répondre quant aux caractéristiques particulières des services de santé des populations.

Le président : Quel lien avez-vous avec l'autorité ou l'organisme de santé publique de la Colombie-Britannique?

M. Baas : Nous travaillons en étroite relation avec cet organisme. John Millar siège au Réseau de santé des populations où il est très actif. Il y a un lien très étroit avec tout ce qui se fait dans le domaine de la santé des populations.

Le président : Je connais le Dr Millar depuis longtemps et il est même venu témoigner devant nous.

De qui relevez-vous?

M. Baas : Je relève du médecin-hygiéniste en chef de l'Autorité sanitaire du district de l'intérieur.

Le président : De la Santé publique.

M. Baas : C'est cela.

Le président : Quel lien avez-vous avec l'Institut d'information en santé, l'ICIS, en ce qui a trait à la collecte des données, surtout dans le cas de l'initiative sur la santé des populations?

M. Baas : Nous avons un spécialiste des données et de la surveillance qui travaille spécialement sur la question de la santé des populations. De plus, au sein de l'Autorité sanitaire de l'intérieur, des spécialistes de la collecte des données et de la surveillance ont accès aux données et cherchent à instaurer des relations de travail étroites.

Le président : Est-ce que vos données sont versées dans la banque de données de la Colombie-Britannique ou dans celle de l'ICIS?

M. Baas : Je ne peux vous répondre à ce sujet maintenant, mais je pourrai le faire plus tard.

Le président : Quelle relation entretenez-vous avec le palier municipal? La National Occupational Mortality Surveillance Study concerne 12 ou 13 déterminants de la santé. Si vous vouliez regrouper tout le monde autour de la table, de quels pouvoirs disposeriez-vous pour le faire? Quelle relation avez-vous avec les autres? Par exemple, siégez-vous aux conseils municipaux?

M. Baas : J'oublie combien il y a de collectivités dans notre région, mais il y en a beaucoup. Nous ne siégeons pas aux conseils municipaux. Pour ce qui est de nos pouvoirs, l'autorité sanitaire participe à des tribunes ou peut en organiser sur des thèmes particuliers; celle-ci suscitent un grand intérêt.

Là où nous sommes le plus efficaces, c'est quand nous intervenons dans des dossiers particuliers, comme celui des sans-abri à Nelson. Une partie de notre personnel participe aux échanges à ce sujet. Nos collaborateurs nous disent : « Voici tout

can we do within the health authority?» The dialogue is at that level.

In terms of authority on the population health side, we do not have any authority to gather people together. We can do that by invitation and engagement. That engagement varies across the region. It can be easy to do that in communities where we have strong engagement. In some communities, there has been little engagement, and that is part of the disparity piece we are having to address. I would be wrong to say we have a great relationship with all the communities. We do not, and that is a challenge before us.

As a part of public health, we are engaged in looking at schools. There are 16 school districts within the health region. There is a project called healthier schools, healthier children. The health authorities had many people involved with schools: nurses doing needles, nutritionists dealing with food issues, tobacco reduction people, injury prevention people, the licensing people, et cetera. As a result, we started a large engagement project where we asked the school districts how we could best work with them to achieve healthier outcomes for children and what would be an appropriate role for the health authority. That project is turning into a fascinating discussion, and I can see real movement over the next year as school boards actively engage in it. There is a clear focus. We are not coming to them saying, "Here is this project and could you guys to this?"

The Chair: The healthy schools theme is something we will hope to use very often in our report.

Mr. Frankish, I really wanted to get into something with you, but I will have to do it when we wind up. I will do it privately with you.

Senator Munson: Everyone has to be in the room when this issue is discussed, and the private sector has not been talked about at all. Are they in the room when you are doing these feasibility studies about population health and how it works? What strategic role do they play in terms of funding programs within the core of a city?

We have heard testimony here and elsewhere about how it is working better in the United States with corporations. Front-door people are on the street providing funding collectively to work within the municipal, state and federal jurisdictions.

Mr. Frankish: To date, they are not in the room as often or as prominently as they could or should be. Population health will be limited without their involvement. The determinants of health include employment, working conditions and education, all of

ce qu'il faut faire; quel rôle légitime pourrions-nous remplir? Que pourrions-nous faire au sein de l'autorité sanitaire? » C'est à ce niveau que se situe le dialogue.

Pour ce qui est de notre pouvoir dans le domaine de la santé des populations, nous n'en avons aucun quand il s'agit de réunir les gens. Nous pouvons envoyer des invitations et obtenir l'engagement de nos vis-à-vis. Ce genre d'engagement varie d'une région à l'autre. Il peut être facile d'obtenir des résultats dans les collectivités où l'engagement est très fort. Ailleurs, là où il les gens sont moins déterminé, on assiste à des problèmes de disparités auxquels il convient de s'attaquer. J'aurais tort de dire que nous collaborons très bien avec toutes les collectivités. Ce n'est pas le cas, et c'est là où se situe le défi en ce qui nous concerne.

Comme nous faisons partie de la santé publique, nous devons nous intéresser aux écoles. On dénombre 16 districts scolaires dans notre région sanitaire. Il existe un projet dont le thème est « Des écoles plus saines pour des enfants plus sains ». Les autorités sanitaires ont un personnel très nombreux qui travaille auprès des écoles : les infirmières qui s'occupent des échanges de seringues, les nutritionnistes qui s'occupent des questions d'alimentation, les spécialistes de la lutte contre le tabagisme, les techniciens en prévention des blessures, le personnel d'octroi des licences et permis, et cetera. Cela étant, nous avons lancé un vaste projet de mobilisation à l'occasion duquel nous avons demandé aux districts scolaires comment nous pourrions parvenir à mieux collaborer avec eux pour améliorer la santé des enfants et pour déterminer le rôle que devrait jouer l'autorité sanitaire. Ce projet a donné lieu à de fantastiques échanges et je pense que les choses vont bouger dans l'année à venir parce que les conseils scolaires s'intéressent maintenant de près à ce projet. C'est devenu un point de mire très clair. Nous ne leur disons pas « Voici votre projet; allez-vous pouvoir le faire? »

Le président : Nous espérons revenir fréquemment sur le thème des écoles saines dans notre rapport.

Monsieur Frankish, il y a une chose dont je voulais vraiment vous parler, mais je devrai le faire après cette réunion, en tête-à-tête avec vous.

Le sénateur Munson : Il faut que tout le monde soit présent quand on traite ce genre de sujet, et il n'a pas été du tout question du secteur privé. Est-ce que le secteur privé est représenté quand vous faites des études de faisabilité sur la santé des populations et, si oui, comment les choses fonctionnent-elles? Quel rôle stratégique le secteur privé peut-il jouer à l'égard du financement des programmes au centre des villes?

Nous avons recueilli des témoignages, ici et ailleurs, sur le fait que les choses fonctionnent mieux avec les entreprises, chez nos voisins américains. Les commerçants vont dans la rue et remettent des fonds pour financer des projets collectifs, au palier municipal, à celui des États et au palier fédéral.

M. Frankish : Jusqu'ici, le secteur privé n'a pas été représenté aussi souvent ni aussi visiblement qu'il l'aurait dû. La santé des populations sera limitée sans la participation de ce secteur. Parmi les déterminants de la santé, on retrouve l'emploi, les conditions

which are intertwined with the private sector. I cannot see population health succeeding in Canada without their involvement.

The reasons for doing population health are as much about social productivity, social reintegration and quality of life as they are about health in a health care sense. It demands private sector involvement. They have huge expertise and huge resources; that is, potential resources other than taking resources from the illness care system. They have a lot of wisdom to bring to bear on the issue. We need to get them to meetings like this and engage them in the conversation.

At a small business level, people really struggle. The vast majority of businesses in Canada have fewer than eight employees. I used to do workplace health promotion, and it is easy to talk about BCTel or UBC which have thousands of employees. However, when you talk about what role a small business person can play, you hit the nail on the head. They are about 90 per cent of the businesses in Canada, particularly in smaller rural and remote communities. That conversation has to be more active.

Mr. Baas: I would add one last thing. The researchers have looked at the B.C. Healthy Living Alliance initiative in which the provincial government is engaged. I am not sure if there were comments about that \$25-million grant.

The Chair: Thank you to both of you. We are enormously grateful.

The committee continued in camera.

de travail et l'éducation, autant de dimensions qui sont étroitement liées au secteur privé. Je ne vois pas comment nous allons pouvoir aboutir dans le domaine de la santé des populations au Canada si le secteur privé n'est pas présent.

Si nous cherchons à améliorer la santé des populations, c'est aussi pour améliorer la productivité sociale, la réintégration sociale et la qualité de vie, éléments qui ont tous un rapport avec la santé, vue sous l'angle des soins de santé. Cela exige la participation du secteur privé. Ce secteur possède une vaste compétence et énormément de ressources; des ressources potentielles qui ne consistent pas à retirer quoi que ce soit du système de soins de santé. Le secteur privé sait comment s'attaquer aux problèmes. Il faut amener les acteurs du secteur privé à participer à ce genre de réunions et à échanger avec nous.

Dans les petites entreprises, il y a des gens qui peuvent avoir de véritables difficultés. La vaste majorité des entreprises au Canada comptent moins de huit employés. Avant, j'œuvrais dans le secteur de la promotion de la santé en milieu de travail et je peux vous dire qu'il est facile de parler de BCTel ou d'UBC qui comptent des milliers d'employés. Cependant, histoire d'enfoncer le clou, on peut se demander quel rôle les petits entrepreneurs peuvent jouer. Ils représentent environ 90 p. 100 du secteur privé au Canada, surtout dans les petites collectivités rurales et éloignées. Il va donc falloir tenir un véritable débat sur ce plan.

M. Baas : J'ajouterai une dernière chose. Les chercheurs ont étudié la B.C. Healthy Living Alliance Initiative à laquelle participe le gouvernement provincial. Je ne suis pas sûr qu'il ait été question de la subvention de 25 millions de dollars.

Le président : Merci à vous deux. Nous vous sommes énormément reconnaissants.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, December 5, 2007

Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS):

France Gagnon, PhD, Professor and Co-chair.

Université de Montréal:

Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor.

Tuesday, December 11, 2007

U. K. Department of Health:

Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement.

Wednesday, December 12, 2007

B.C. Interior Health Authority:

Lex Baas, Director of Population Health.

University of British Columbia:

James Frankish, Professor and Program Director.

TÉMOINS

Le mercredi 5 décembre 2007

Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS) :

France Gagnon, PhD, professeure et co-directrice.

Université de Montréal :

Nicole Bernier, PhD, professeure adjointe.

Le mardi 11 décembre 2007

Ministère de la santé du Royaume-Uni :

Dre Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé

Le mercredi 12 décembre 2007

Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. :

Lex Baas, directeur de la Santé des populations.

Université de la Colombie-Britannique :

James Frankish, professeur et directeur de programme.





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-2008

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,
des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du Sous-comité sur la

Population Health

Santé des populations

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Wednesday, February 6, 2008
Wednesday, February 13, 2008
Wednesday, February 27, 2008
Wednesday March 5, 2008 (in camera)
Wednesday March 12, 2008 (in camera)

Le mercredi 6 février, 2008
Le mercredi 13 février 2008
Le mercredi 27 février 2008
Le mercredi 5 mars, 2008 (à huis clos)
Le mercredi 12 mars, 2008 (à huis clos)

Issue No. 3

**Sixth, seventh, eighth, ninth
and tenth meetings on:**

The impact of the multiple factors and conditions that
contribute to the health of Canada's populations — known
collectively as the social determinants of health

Fascicule n°3

**Sixième, septième, huitième, neuvième
et dixième réunions concernant :**

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de
la population canadienne, appelés collectivement les
déterminants sociaux de la santé

INCLUDING:

THE FIRST REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Population Health Policy:
International Perspectives)

(Seventh Report of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology)

THE SECOND REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Maternal Health and Early Childhood
Development in Cuba)

(Eight Report of the Standing Senate Committee on Social
Affairs, Science and Technology)

Y COMPRIS :

LE PREMIER RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(Les politiques sur la santé de la population :
Perspective internationale)

(Le septième rapport du Comité sénatorial permanent
des Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

LE DEUXIÈME RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(La santé maternelle et le développement
de la petite enfance au Cuba)

(Le huitième rapport du Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

WITNESSES:

(See back cover)

TEMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

Changes in membership of the subcommittee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the subcommittee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Brown substituted for that of the Honourable Senator Segal (*February 12, 2008*)

The name of the Honourable Senator Segal substituted for that of the Honourable Senator Brown (*February 14, 2008*)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

Modifications de la composition du sous-comité :

Conformément à l'article 85(4), du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Brown est substitué à celui de l'honorable sénateur Segal (*le 12 février 2008*)

Le nom de l'honorable sénateur Segal est substitué à celui de l'honorable sénateur Brown (*le 14 février 2008*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 6, 2008
(7)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:12 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pépín (7).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Munson (2).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

WITNESSES:

Ontario Ministry of Health Promotion:

Peggen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention

Toronto Central Local Health Integration Network

Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning

University of Ottawa Heart Institute:

Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre.

Ms. Walsh, Ms. Pisko-Bezruchko and Dr. Pipe each made a statement and responded to questions.

At 6:16 p.m., pursuant to rule 92(2)(f), the subcommittee proceeded in camera to consider draft reports.

It was moved:

That the subcommittee adopt the draft reports on the Cuba fact-finding trip and on international population health policies and that these draft reports be reported to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 6:24 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 6 février 2008
(7)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépín (7).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P. et Munson (2).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario :

Peggen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques.

Réseau d'intégration des services de santé de Toronto :

Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la Planification.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa :

Dr Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation.

Mmes Walsh et Pisko-Bezruchko ainsi que le Dr Pipe font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 18 h 16, conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner des ébauches de rapport.

Il est proposé :

Que le sous-comité adopte les ébauches de rapport sur la mission d'enquête réalisée à Cuba et les politiques internationales en matière de santé des populations, et que ces ébauches de rapport soient remises au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 18 h 24, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Wednesday, February 13, 2008
(8)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:06 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Segal (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

WITNESSES:

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer;

Keith Denny, Acting Manager.

University of Manitoba:

Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine.

Ms. Yeates and Ms. Roos each made a statement, and with Mr. Denny, responded to questions.

At 5:27 p.m., pursuant to rule 92(2)(c), the subcommittee proceeded in camera to consider a draft agenda.

At 5:35 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, February 27, 2008
(9)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:16 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pélipin (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

OTTAWA, le mercredi 13 février 2008
(8)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Segal (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

Glenda Yeates, présidente-directrice générale;

Keith Denny, gestionnaire intérimaire.

Université du Manitoba :

Noralou Roos, professeure, Faculté de médecine.

Mmes Yeates et Roos font chacune une déclaration puis, aidées de M. Denny, répondent aux questions.

À 17 h 27, conformément à l'alinéa 92(2)c) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

À 17 h 35, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 27 février 2008
(9)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 16, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pélipin (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

WITNESSES:

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives and Innovations.

Treasury Board of Canada:

Sally Thornton, Indian Affairs and Health.

Finance Canada:

Yves Giroux, Acting Director, Social Policy.

Mr. Ball made a statement and, with Ms. Thornton and Mr. Giroux, responded to questions.

At 5:19 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 5, 2008

(10)

[English]

The Subcommittee on Population Health met in camera this day at 4:20 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pêpin (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

Pursuant to rule 92(2)(f), the subcommittee met in camera to consider a draft report.

It was moved:

That the Subcommittee on Population Health adopt the draft report entitled *Population Health Policy: Federal, Provincial and Territorial Perspectives* subject to minor editorial changes approved by the chair and the inclusion of a brief final section prepared by the chair, and that the report be forwarded to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Agence de santé publique du Canada :

Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation.

Conseil du Trésor du Canada :

Sally Thornton, Affaires indiennes et santé.

Finances Canada :

Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale.

M. Ball fait une déclaration, puis, aidé de Mme Thornton et M. Giroux, répond aux questions.

À 17 h 19, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 5 mars 2008

(10)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à huis clos, à 16 h 20, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pêpin (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

Conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche de rapport.

Il est proposé :

Que le Sous-comité sur la santé des populations adopte l'ébauche de rapport intitulée *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale*, sous réserve de légers changements de pure forme approuvés par le président et de l'ajout d'une brève section finale préparée par ce dernier, et que le rapport soit remis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

At 5:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 12, 2008

(10)

[English]

The Subcommittee on Population Health met in camera this day at 4:05 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pépín (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1)

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

Pursuant to rule 92(2)(f), the subcommittee met in camera to consider draft reports.

It was moved:

That notwithstanding the conditional adoption of the report by the subcommittee on March 5, 2008, the subcommittee adopt an amended report entitled *Population Health Policy: Federal, Provincial and Territorial Perspectives* and that this amended report be forwarded to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 4:45 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

À 17 h 5, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 12 mars 2008

(10)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à huis clos, à 16 h 5, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépín (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

Conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner des ébauches de rapports.

Il est proposé :

Que, bien que le comité ait adopté le rapport sous condition le 5 mars 2008, ce dernier adopte un rapport modifié intitulé *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale* et qu'il le remette au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 16 h 45, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Tuesday, February 26, 2008

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

SEVENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 to examine and report on issues concerning the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health, now tables its first interim report entitled *Population Health Policy: International Perspectives*.

Respectfully submitted,

Tuesday, February 26, 2008

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

EIGHTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 to examine and report on issues concerning the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health, now tables its second interim report entitled *Maternal Health and Early Childhood Development in Cuba*.

Respectfully submitted,

Le président,

WILBERT J. KEON

Chair

(Text of the report appears following the evidence.)

RAPPORTS DU COMITÉ

Le mardi 26 février 2008

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

SEPTIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 20 novembre, 2007 à examiner, pour en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, dépose maintenant son premier rapport intérimaire intitulé *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale*.

Respectueusement soumis,

Le mardi 26 février 2008

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

HUITIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 20 novembre, 2007 à examiner, pour en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, dépose maintenant son deuxième rapport intérimaire intitulé *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport paraît après les témoignages.)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, February 6, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:12 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we are delighted today to hear from Peegen Walsh, Director of Chronic Disease Prevention from the Ontario Ministry of Health Promotion; Dr. Andrew Pipe, Medical Director of the Minto Prevention and Rehabilitation Centre at the University of Ottawa Heart Institute; and Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director of Planning from the local Local Health Integration Network, or LHIN, in Toronto.

Peegen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention, Ontario Ministry of Health Promotion: Thank you, Mr. Chairman. I am delighted to be here. I was thinking about history today as I was walking up to Parliament Hill, and I was thinking back to being a 23-year-old walking through the halls of the Senate for a job interview as a parliamentary intern. I remember looking at all the portraits of those who have gone before. It was helpful to think about history, because Canada has been a leader in health promotion. Health promotion offers us a lot of helpful strategies to address health disparities. We have that opportunity to be leaders again.

You have been hearing about lot of innovation across the country, and here in Ontario, some being supported by government and led by government, and many exciting community initiatives. I know you have had a chance to look at some remarks that I will offer today, and I will highlight some of those points that I have shared with you already.

As mentioned, I am with the Ontario Ministry of Health Promotion. I want to talk about some of the innovative things we are supporting, as well as things happening elsewhere in the Ontario government, and offer some recommendations.

Two and a half years ago, Premier McGuinty realized that health is more than health care. I was interested to see, Mr. Chairman, that you were involved in producing the Kirby report. As we saw from that report, your committee did extensive research on the health care system and recognized, in the last chapter of that report, that many other factors affect health. Our premier realized that if we do not start thinking about the aging population and the increasing number of chronic diseases and find more innovative ways to address health, we

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 6 février 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le président Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Chers collègues, nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui Mme Peegen Walsh, directrice de la Prévention des maladies chroniques du ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario; le Dr Andrew Pipe, directeur médical du Centre de prévention et réadaptation Minto à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa; et Mme Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification du Réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, à Toronto.

Peegen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario : Merci, monsieur le président. Je suis heureuse d'être ici. En remontant la Colline du Parlement aujourd'hui, je me remémorais des souvenirs et je me suis revue à l'âge de 23 ans, traversant les couloirs du Sénat pour une entrevue d'emploi comme stagiaire parlementaire. Je me rappelle avoir regardé les portraits de tous vos prédécesseurs. Il s'est avéré utile de faire un retour en arrière, car le Canada a été un chef de file en matière de promotion de la santé. Ce secteur nous offre de nombreuses stratégies utiles pour réduire les disparités sur le plan de la santé. Nous avons la possibilité de redevenir un chef de file.

Vous avez entendu parler de nombreuses initiatives communautaires intéressantes ainsi que d'une foule de programmes novateurs partout au pays dont certains, ici en Ontario, sont financés et dirigés par le gouvernement. Je sais que vous avez eu l'occasion de jeter un coup d'œil aux observations que je formulerai aujourd'hui, et je vais souligner certains des points que j'ai déjà abordés avec vous.

Comme on l'a dit, je représente le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario. Je veux parler de quelques-unes des mesures novatrices que nous appuyons, ainsi que des initiatives menées ailleurs au sein du gouvernement de l'Ontario, et formuler quelques recommandations.

Il y a deux ans et demi, le premier ministre McGuinty s'est aperçu que la santé, c'est plus que les soins de santé. J'ai appris avec intérêt, monsieur le président, que vous avez participé à la production du rapport Kirby. Comme nous l'avons vu dans celui-ci, votre comité a effectué des recherches approfondies sur le système de soins de santé et a reconnu, dans le dernier chapitre du rapport, que bien d'autres facteurs influent sur la santé. Notre premier ministre s'est rendu compte que si nous ne commençons pas à penser au vieillissement de la population et

will see the 42 per cent of Ontario's budget already spent on health care increase, consuming more and more provincial resources.

Our current initiative was created two and a half years ago using concepts coming out of the Ottawa Charter and the Bangkok Charter: population health concepts, health promotion strategies, and the ability to be that champion of health promotion and to create a culture of health and well-being. There was recognition that to achieve that goal, we would need to work in partnership, not only across the provincial government or with other levels of government but with various other sectors as well. We are about 140 people with a \$400-million budget, focussing on areas like healthy eating, active living, tobacco control, chronic disease prevention and management, mental health and injury. We also provide support to the public health system in Ontario. I will talk about that in a few minutes. That is a critical partnership for addressing health disparities.

In my remarks, I highlight some different initiatives that are happening in Ontario. Two years ago, we launched a healthy eating, active living plan, recognizing how critical it is that people have information about how to eat and make healthy choices. We created something called EatRight Ontario. EatRight Ontario is a free information service. By phone or online, Ontario's citizens are able to have access to registered dietitians so they can get firsthand knowledge of how to address their eating issues. This is especially important because Ontario has one of the lowest number, per capita, of registered dietitians in the country. Especially for those living in remote or rural areas, having that access is critical.

You might also have heard about our northern fruit and vegetable pilot project. We know there are children in parts of Northern Ontario who are not eating enough fruits and vegetables for proper growth and development. It is important for kids to be able to taste and experience fruits and vegetables so that they can make those items part of their daily diet. Working with the Ontario fruit and vegetable growers, public health and school boards, we launched an initiative a year and a half ago and are now reaching up to 12,000 children in northern Ontario in elementary school, who are getting three servings a day of fruits and vegetables, mainly Ontario grown. They are not only receiving those fruits and vegetables but are having a chance to learn about the importance of fruits and vegetables in their diet; their parents are also being exposed to that educational material, and it is being incorporated into the curriculum.

au nombre croissant de maladies chroniques, et à trouver de nouveaux moyens novateurs d'aborder les questions liées à la santé, les 42 p. 100 du budget de l'Ontario déjà consacrés aux soins de santé augmenteront, ce qui absorbera une part de plus en plus importante des ressources provinciales.

Notre initiative actuelle a été créée il y a environ deux ans et demi en s'inspirant de concepts tirés de la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok : notions de santé des populations, stratégies de promotion de la santé et capacité de se faire le grand défenseur de la promotion de la santé et création d'une culture de la santé et du bien-être. On a reconnu que pour atteindre ce but, il nous faudrait travailler en partenariat non seulement avec des intervenants du gouvernement provincial ou d'autres paliers de gouvernement, mais aussi avec différents secteurs. Nous sommes 140 personnes à peu près qui travaillons à cette initiative de 400 millions de dollars qui met l'accent sur des domaines comme une saine alimentation, une vie active, la lutte contre le tabagisme, la prévention et la gestion des maladies chroniques, la santé mentale et les blessures. Nous offrons également notre soutien au système de santé publique en Ontario. J'y reviendrai dans quelques minutes. Ce partenariat est indispensable pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

Dans ma déclaration, je souligne différentes initiatives qui sont menées en Ontario. Il y a deux ans, nous avons lancé un plan en faveur d'une saine alimentation et d'une vie active, reconnaissant toute l'importance que les gens aient de l'information sur la façon de manger sainement et de faire des choix santé. Nous avons créé SaineAlimentation Ontario, un service qui offre de l'information gratuite. Les résidents de l'Ontario peuvent consulter des diététistes par téléphone ou par courriel et obtenir des renseignements de première main sur la manière de régler leurs problèmes liés à l'alimentation. C'est d'autant plus important que l'Ontario est l'une des provinces qui compte le moins de diététistes par habitant au pays. Ce service est indispensable, particulièrement pour les gens des régions rurales ou éloignées.

Vous avez peut-être aussi entendu parler de notre programme pilote de consommation de fruits et de légumes dans le Nord. Nous savons qu'il y a des jeunes dans certaines régions du Nord de l'Ontario qui ne consomment pas de fruits et de légumes en quantités suffisantes pour garantir une croissance et un développement adéquats. Il est important que les enfants puissent goûter aux fruits et aux légumes pour pouvoir les intégrer à leur alimentation quotidienne. En collaboration avec les producteurs de fruits et de légumes de l'Ontario, les services de santé publique et les conseils scolaires, nous avons lancé une initiative il y a un an et demi grâce à laquelle jusqu'à 12 000 enfants de l'élémentaire dans le Nord de l'Ontario reçoivent quotidiennement trois portions de fruits et de légumes, cultivés principalement en Ontario. Ils reçoivent non seulement ces fruits et ces légumes, mais ont également l'occasion d'apprendre l'importance d'incorporer des fruits et des légumes dans leur alimentation; leurs parents sont aussi en contact avec ce matériel didactique, qui est intégré au programme d'études.

We have also been looking at ways to remove barriers to physical activity. We know it can be difficult if children do not have access to recreational facilities, equipment or support. Through our Communities in Action Fund, we have supported over a million children through different kinds of initiatives, and you can see a list of the groups we are working with. We are especially excited by work that Parks and Recreation Ontario are doing as they look across the province to see what policies need to be in place to remove barriers to physical activity.

In the area of tobacco control, we are not only working on the programming front but on policies as well. For example, last spring we were able to remove the retail sales tax so that we could make tobacco cessation aids more affordable. We are also working with community health centres and Aboriginal health access centres because they have terrific connections into communities that have a lot of barriers accessing services, and they are not only providing free access to those cessation aids but also providing counselling as well. I am sure you will hear from my colleague about some of the work that has been taking place in the hospital setting around tobacco control.

I mentioned our role vis-à-vis public health. Our ministry provides 50 per cent of the funding that goes to the public health system for those programs that are in the health promotion domain. Recently, we have been working with the 36 public health units across Ontario to update the standards that guide their work. When you have a chance to see those, and the new standards are available on line, you will see that woven throughout is a recognition of the critical role of the determinants of health. Unless we start tackling those other factors such as income, employment, healthy child development and working with a range of sectors in those other determinants, we will not see the kind of improvement in health status that is needed. Some 7,000 professionals in the public health system are poised and ready, and for a long time have been making significant progress on reducing health disparity.

In Ontario, we have a unique system of health promotion resource centres that provide support to those working in the health promotion domain. They provide resources, information about effective practices, training and consultation services. For many of those who are new to health promotion, they are able to provide on-line courses around the concept of population health and understanding the determinants of health and how to find effective strategies for putting those concepts into practice.

I have described some of the work of our new Ministry of Health promotion, but as I mentioned at the beginning, it is critical that we work in partnership with others because we know so many of those other factors affect health. I want to touch on some of the initiatives that are happening elsewhere in the Ontario government, whether in the area of education, children and youth, Ministry of Health or work that is under way around poverty and equity.

Nous avons également examiné des façons d'éliminer les obstacles à l'activité physique. Nous savons que ce peut être difficile si les enfants n'ont pas accès à des installations récréatives, de l'équipement ou du soutien. Grâce à notre Fonds Collectivités actives, nous avons aidé plus d'un million d'enfants par l'entremise de différents types d'initiatives, et vous avez d'ailleurs une liste des groupes avec qui nous avons collaboré. Nous sommes particulièrement ravis du travail que Parcs et Loisirs Ontario effectue puisqu'il vérifie partout dans la province où doivent être mises en place des politiques pour éliminer les obstacles à l'activité physique.

En matière de lutte contre le tabagisme, nous travaillons non seulement à établir des programmes, mais aussi des politiques. Par exemple, au printemps dernier, nous avons réussi à supprimer la taxe de vente au détail sur les auxiliaires pour cesser de fumer pour les rendre plus abordables. Nous collaborons également avec des centres de santé communautaire et des centres de soins de santé autochtones parce qu'ils travaillent directement avec des collectivités confrontées à de nombreux obstacles à l'accès aux services, et qu'ils offrent non seulement gratuitement ces produits pour cesser de fumer, mais aussi du counseling. Je suis persuadée que mon collègue vous parlera d'une partie du travail qui se fait en milieu hospitalier pour lutter contre le tabagisme.

J'ai parlé de notre rôle à l'égard de la santé publique. Notre ministère fournit 50 p. 100 du financement qui est injecté dans le système de santé publique pour ces programmes de promotion de la santé. Récemment, nous avons travaillé avec 36 bureaux de santé partout en Ontario pour mettre à jour les normes qui régissent leur travail. Quand vous aurez l'occasion d'examiner ces normes, qui sont affichées en ligne, vous constaterez qu'elles reconnaissent désormais le rôle crucial des déterminants de la santé. À moins de commencer à nous attaquer aux autres facteurs tels que le revenu, l'emploi, le bon développement des enfants et à travailler avec divers autres secteurs sur ces derniers, les améliorations nécessaires dans le secteur de la santé ne se réaliseront pas. Quelque 7 000 professionnels dans le système de soins de santé sont prêts et font depuis longtemps d'énormes progrès pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

En Ontario, nous avons un réseau exceptionnel de centres de ressources qui offrent du soutien aux personnes œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé. Ces centres fournissent ressources, information sur les pratiques efficaces, formation et services de consultation. Pour bien des gens qui ne sont pas familiers avec la promotion de la santé, les centres offrent des cours en ligne sur le concept de la santé des populations, les déterminants de la santé et la façon de trouver des stratégies efficaces pour mettre ces concepts en pratique.

J'ai décrit une partie du travail que fait notre nouveau ministère de la Promotion de la santé mais, comme je l'ai mentionné au début, nous devons absolument travailler en partenariat, car nous savons que tant de ces autres facteurs ont une incidence sur la santé. Je veux aborder quelques-unes des initiatives qui sont menées actuellement ailleurs au gouvernement de l'Ontario, que ce soit les travaux sur la pauvreté et l'équité ou l'éducation, l'enfance et la jeunesse, et la santé.

For the last decade, our colleagues in the Ministry of Children and Youth have been supporting something called Best Start and Healthy Babies, Healthy Children. This is a universal program that is screening all new moms to ensure that they get the supports they need to promote the healthy growth and development of their children.

As a result of the coming into force of the Health Systems Integration Act, the Ministry of Health will now be devising a 10-year plan for health. In this plan, it will set out goals, outcomes and strategies. This is critical because once the ministry starts defining those goals and looking at health outcomes, one cannot help but start peeling those layers off the onion, looking at root causes and realizing that more investment in health care will not necessarily improve health status.

The fascinating thing about the development of this plan is that, during consultations, as they travelled across Ontario and heard from thousands of groups and individuals, the overwhelming response was that there needs to be more emphasis on keeping people healthy, preventing disease and focusing on health promotion strategies. This response came also from those who had no history or involvement in health promotion.

The province, in recognizing this goal, has also been doubling the number of community health centres, which take a more holistic and integrated approach to health, working at the community level with a range of health professionals. The government has made a commitment to a \$150 million chronic disease prevention and management strategy. Work is under way to look at implementing that commitment.

In the last year, the Ministry of Health has created an Equity Unit. The purpose of that unit is to look at the strategies needed to reduce barriers to health and human services, and work with ministries across the provincial government.

You may also have heard about the creation of a new agency called the Ontario Health Protection and Promotion Agency. This unit will provide us with a locus of expertise, not only to look at issues of infectious disease but, more important, on how to keep people healthy, and how to have that scientific expertise and knowledge about health promotion and strategies for reducing health disparities.

The Ministry of Education has been working very closely with us around a foundation for building healthy schools. For the first time, we have created a table bringing together those in the education sector with those in the health sector to look at ways to start using the school setting as a means for promoting health. As well, the government is committed to improving graduation rates, supporting at-risk communities and a number of other initiatives outlined in my remarks.

Depuis une dizaine d'années, nos collègues au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse appuient les initiatives appelées Meilleur départ et Bébé en santé, enfants en santé. Il s'agit d'un programme universel qui repère toutes les nouvelles mères pour s'assurer qu'elles obtiennent l'aide dont elles ont besoin pour favoriser la saine croissance et le développement de leur enfant.

Par suite de l'entrée en vigueur de la Loi prévoyant l'intégration du système local de prestation des services de santé, le ministère de la Santé élaborera un plan décennal pour la santé. Celui-ci énoncera des buts, des résultats et des stratégies. C'est important, car une fois que le ministère commence à définir ces buts et à se pencher sur des résultats pour la santé, on ne peut faire autrement que se mettre à décortiquer le problème, à en examiner les causes profondes et à se rendre à l'évidence qu'investir davantage dans les soins de santé n'améliorera pas nécessairement l'état de santé.

Ce qui est fascinant à propos de ce plan, c'est que durant les consultations, quand les délégués ont sillonné l'Ontario pour entendre l'avis de milliers de groupes et d'individus, la majorité des gens ont évoqué la nécessité d'axer davantage les efforts sur le maintien de la santé des gens, la prévention des maladies et des stratégies de promotion de la santé. Même ceux n'ayant jamais œuvré dans le domaine de la promotion de la santé l'ont dit.

La province, en reconnaissant ce but, a aussi doublé le nombre de centres de santé communautaires, qui adoptent une approche plus globale et intégrée à l'égard de la santé en travaillant dans les collectivités avec un éventail de professionnels de la santé. Le gouvernement s'est engagé à élaborer une stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques de 150 millions de dollars. On s'emploie actuellement à mettre en œuvre cet engagement.

L'année dernière, le ministère de la Santé a créé une section en matière d'équité. Elle a pour but d'étudier les stratégies nécessaires pour réduire les obstacles aux services sanitaires et sociaux et de travailler avec d'autres ministères du gouvernement provincial.

Vous avez peut-être aussi entendu parler de la création d'un nouvel organisme appelé l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Celle-ci nous fournira une source d'expertise pour étudier des problèmes liés aux maladies infectieuses, mais plus important encore, elle nous informera sur la façon de maintenir les gens en bonne santé, d'acquérir les compétences et connaissances scientifiques en matière de promotion de la santé et de stratégies pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

Le ministère de l'Éducation collabore très étroitement avec nous pour bâtir des écoles favorisant la santé des élèves. Pour la première fois, nous avons mis sur pied une table ronde regroupant des représentants des secteurs de l'éducation et de la santé pour examiner des façons de mettre à contribution le milieu scolaire afin de promouvoir la santé. Par ailleurs, le gouvernement est déterminé à améliorer les taux d'obtention de diplôme, à venir en aide aux collectivités à risque et à contribuer à un certain nombre d'autres initiatives que j'ai mentionnées.

Committee members may have been reading in the paper recently that a new cabinet committee has commenced looking at issues of poverty. This committee is tasked with setting targets and indicators. It is early days for that committee, but they will be looking at the role of different ministries across the provincial government and what more needs to be done to reduce poverty and provide opportunities for Ontarians. As part of that, there is also a commitment to a dental program for low-income Ontarians.

Honourable senators, that gives you a picture of our ministry and some of the things that are happening within the Ontario government. I would like to take a few minutes to offer some recommendations for consideration by your committee.

While health is primarily a provincial jurisdiction, the federal government has many levers at its disposal. It can support new policies; it can provide funding; it can support evaluation and research and generate new knowledge of what is working. Most important, it can create collaborative mechanisms. Often such mechanisms are overlooked in terms of collaboration because they do not necessarily provide a program or initiative where people can stand back and say "Look at what we have created." However, by creating those mechanisms that bring people together, it can build on synergies and exchange knowledge.

Looking at my colleague, Dr. Pipe, I am thinking about the work that has taken place in tobacco control. The infrastructure that was thus created allowing for local, regional and provincial planning has permitted significant progress to be achieved. It would be helpful to not only build on the federal-provincial-territorial mechanisms that exist but also to look at what kind of collaborative mechanism across the federal government can bring departments together for joint planning and best use of resources.

Ontario has been calling for the national government to invest in an infrastructure program because we need those facilities to increase access to recreational programming. We also would like to see a revival of the Pan-Canadian Healthy Living Strategy, something the federal government started several years ago that really used population health concepts and reducing health disparities as its foundation. Unfortunately, we seem to have moved to more disease-specific strategies and value more an integrated approach to tackling chronic disease prevention.

As I mentioned at the beginning of my remarks, we had the minister of Health Canada in 1974, Marc Lalonde, who provided a report on new perspectives of health. That report laid out many of the answers to the questions on which this committee is now deliberating.

Then we had Canada at the forefront, working with the World Health Organization in 1986, bringing health promoters from around the world together to create the Ottawa Charter, which has been confirmed in subsequent meetings as providing that road map for the way ahead.

Vous avez peut-être lu dans les journaux récemment qu'un nouveau comité du Cabinet a entrepris d'étudier les problèmes liés à la pauvreté. Il a pour mandat de fixer des objectifs et des indicateurs. Il vient de commencer, mais il examinera le rôle des différents ministères du gouvernement provincial et les mesures qu'il convient de prendre pour réduire la pauvreté et offrir des possibilités aux Ontariens. Dans le cadre de cette étude, le gouvernement s'engage également à offrir un programme de soins dentaires aux Ontariens à faible revenu.

Honorables sénateurs, voilà qui vous donne un aperçu de notre ministère et de quelques-unes des initiatives menées actuellement au sein du gouvernement de l'Ontario. J'aimerais prendre quelques instants pour vous faire quelques recommandations.

Puisque la santé est principalement du ressort des provinces, le gouvernement fédéral a de nombreux leviers à sa disposition. Il peut appuyer de nouvelles politiques, offrir du financement, contribuer à l'évaluation et à la recherche et générer de nouvelles connaissances sur ce qui fonctionne. Mais par-dessus tout, il peut créer des mécanismes de collaboration. On oublie souvent ces mécanismes parce qu'ils ne fournissent pas nécessairement un programme ou une initiative où les gens peuvent dire : « Regardez ce que nous avons créé ». Toutefois, la création de ces mécanismes qui regroupent les gens peut permettre de tirer parti des synergies et d'échanger des connaissances.

Quand je vois mon collègue, le Dr Pipe, je pense au travail qui a été fait pour lutter contre le tabagisme. Grâce à l'infrastructure qui a été ainsi créée pour permettre la planification locale, régionale et provinciale, d'énormes progrès ont été réalisés. Il serait utile non seulement de tirer parti des mécanismes fédéraux-provinciaux-territoriaux existants, mais aussi d'examiner quel type de mécanisme de collaboration au sein du gouvernement fédéral peut réunir les ministères pour une planification conjointe et une utilisation optimale des ressources.

L'Ontario a demandé au gouvernement national d'investir dans un programme d'infrastructure parce que nous avons besoin de ces installations pour améliorer l'accès aux programmes de loisirs. Nous aimerions aussi qu'on relance la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, un plan que le gouvernement fédéral avait mis en branle il y a plusieurs années et qui s'appuyait vraiment sur les concepts de santé des populations et de réduction des disparités sur le plan de la santé. Malheureusement, nous semblons être passés à des stratégies plus axées sur des maladies particulières et privilégier une approche intégrée en matière de prévention des maladies chroniques.

Comme je l'ai mentionné au début de ma déclaration, le ministre de la Santé du Canada en 1974, Marc Lalonde, avait présenté un rapport portant sur les nouvelles perspectives de la santé. Ce document fournissait de nombreuses réponses aux questions débattues par votre comité actuellement.

Ensuite, le Canada s'est trouvé au premier plan, en collaborant avec l'Organisation mondiale de la Santé en 1986, réunissant des promoteurs de la santé du monde entier pour créer la Charte d'Ottawa, qui a été déclarée lors de réunions subséquentes comme fournissant un plan pour l'avenir.

As set out in the Health Council of Canada's report in 2005, a group of experts in health care spent extensive time looking at how we can strengthen the health care system and concluded that the major barrier to strengthening health care had to do with reducing health disparities. Their message was to raise awareness and understanding about how critical those other factors that affect health are to improving health.

We do have examples of other governments. For example, recently in England we saw an almost \$1 billion commitment made to tackling obesity. We know that, so often, those who have low incomes and low education have the highest rates of many chronic diseases.

We do have the road maps; we have many of the strategies; we have the public's growing interest and recognition of how critical it is to focus on keeping people healthy. As I mentioned, there is much innovation. I highlighted some of the things that are happening in Ontario and you will have a chance to hear of things happening elsewhere in the province.

I congratulate your committee for taking on this issue and using it as an opportunity to bring it to the public's attention and offer concrete ways in which we can work as governments, as communities across the country to reduce health disparities.

The Chair: Thank you very much. That was an excellent presentation. For those of you around the table who are not familiar with Ontario, the Local Health Integration Networks, or LHINs, are the local organizations. They are not exactly regionalized as yet, but I think we will get there. They are a giant step forward in Ontario in an attempt to get services on the ground in the province.

Ms. Pisko-Bezruchko, perhaps you will tell us about the LHINs and then what you, specifically, are doing. Also, if you and Dr. Pipe could each keep your remarks to 10 or 12 minutes, each senator will have about 10 minutes to cross-examine you afterwards.

Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning, Toronto Central Local Health Integration Network: I am the first senior director of planning, integration and community engagement for the Toronto Central Local Health Integration Network, commonly known as LHINs. When I started two years ago, I walked into an empty office. I had no distribution list of stakeholders, nothing. When we called people to say that we are the LHIN, we would get, typically, the response: "LHIN who?" We are still in a state of newness, if I could put it that way, in Ontario. Generally, the public does not understand what a LHIN is, or what it is about.

I will tell you a little about what the LHIN is. I will talk from an operational perspective in terms of what we are about at a very local level with respect to population health and

Comme il est énoncé dans le rapport de 2005 du Conseil canadien de la santé, un groupe d'experts en soins de santé a passé beaucoup de temps à examiner la façon dont nous pouvions renforcer le système de soins de santé et il est arrivé à la conclusion que le principal obstacle avait trait à la réduction des disparités sur le plan de la santé. Il faisait valoir qu'il fallait sensibiliser les gens à l'importance de ces autres facteurs qui influent sur la santé pour l'améliorer.

Nous avons des exemples d'autres gouvernements. Citons notamment l'Angleterre, qui s'est récemment engagée à verser près de un milliard de dollars pour lutter contre l'obésité. Nous savons que bien souvent, les taux les plus élevés de nombreuses maladies chroniques sont enregistrés chez les personnes à faible revenu et peu instruites.

Nous avons les feuilles de route; nous avons un grand nombre des stratégies; nous avons le public qui s'intéresse de plus en plus au sujet et reconnaît à quel point il est important de maintenir les gens en bonne santé. Comme je l'ai dit, il y a beaucoup d'innovation. J'ai souligné certaines des choses qui se font en Ontario, et vous aurez la chance d'entendre ce qui se fait ailleurs dans la province.

Je félicite votre comité de s'intéresser à la question et de saisir l'occasion d'attirer l'attention du public et d'offrir des moyens concrets pour que les gouvernements et les collectivités de tout le pays s'emploient à réduire les disparités.

Le président : Merci beaucoup. C'était un excellent exposé. Pour ceux d'entre vous qui n'êtes pas familiers avec les initiatives de l'Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, ou les RLISS, sont les organisations locales. Ils ne sont pas encore tout à fait régionalisés, mais je pense qu'ils le seront un jour. Il s'agit d'un pas de géant en Ontario en vue de fournir des services sur le terrain dans la province.

Madame Pisko-Bezruchko, vous nous parlerez probablement des RLISS, puis de ce que vous faites précisément. Par ailleurs, nous vous serions reconnaissants de limiter vos remarques, le Dr Pipe et vous, à 10 ou 12 minutes pour que chaque sénateur ait environ 10 minutes pour vous poser des questions par la suite.

Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification, Réseau d'intégration des services de santé de Toronto : Je suis la première directrice principale de la planification, de l'intégration et de l'engagement de la collectivité au Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, communément appelé RLISS. Quand j'ai commencé il y a deux ans, je suis entrée dans un bureau vide. Je n'avais aucune liste de distribution des intervenants, rien. Quand nous annoncions aux gens au téléphone que nous étions le RLISS, on nous répondait habituellement : « Qui ça? ». Nous en sommes encore à nos premiers balbutiements en Ontario, si je puis dire. Généralement, le public ne comprend pas ce qu'est un RLISS ou en quoi il consiste.

Je vais vous expliquer brièvement ce qu'est le RLISS. Je vais vous parler, d'un point de vue opérationnel, de ce que nous faisons à l'échelle locale en matière de santé des populations et

planning, and funding a health care system. Thank you very much for inviting me to participate in this panel to talk about our work on population health.

I will make three main points: First, I will talk to you about the reality of a high density and diverse urban community and how we have built an understanding of the broader social determinants of health into our planning and priority setting. Second, I will talk to you about how we have undertaken community engagement to guide and ground our core businesses of planning, integration and funding local health services. Third, I will explain how we have come to see addressing health disparities as a defining priority for our LHIN, and how principles of diversity and equity are central to our work.

What is an LHIN? In particular, the Toronto Central LHIN is one of 14 Ontario Crown agencies established in 2006 under the Local Health System Integration Act. If you looked at a map, you would see that the Toronto Central LHIN hardly appears; we are commonly known as the "Postage stamp LHIN," as contrasted to the northwest LHIN, for example, which is the size of France. There is a huge amount of variation among the LHINs. Our mandate is to improve the health of local residents through better access to high-quality, coordinated health services and to manage the local health system effectively.

Although we are a made-in-Ontario regionalized model, we do have similar functions to other regional health authorities in other provinces. In the Toronto Central LHIN, we manage \$4 billion worth of health services, but that does not include physician services, public health emergency services, such as ambulances and laboratories, among others.

The Greater Toronto Area has been divided into five LHINs. We are the only one that is totally within the city of Toronto and we fund 196 different agencies, many of which operate different programs and are located on multiple sites. We have adopted a population health lens in our community engagement and planning. We have one of the largest populations, about 1.2 million people, and we have the highest concentration of health service providers of any Ontario LHIN.

As the only wholly urban LHIN, the Toronto Central LHIN must respond to a unique set of socioeconomic circumstances, needs and complex factors such as demographic, cultural and linguistic diversity, sexual orientation and inner city disadvantage. Conditions such as income inequality, homelessness and addictions must be considered when we plan and evaluate health services in Ontario. A snapshot of our population shows that we have wide income disparity, some

de planification, et de financement d'un système de soins de santé. Merci beaucoup de m'avoir invitée à faire partie de ce groupe d'experts pour vous informer de notre travail en matière de santé des populations.

Je vais aborder trois principaux points. Premièrement, je décrirai la réalité d'une communauté urbaine densément peuplée et très diversifiée et la façon dont nous avons analysé les déterminants sociaux de la santé et les avons intégrés à nos activités de planification et d'établissement des priorités. Deuxièmement, je vous entretiendrai de la manière dont nous nous sommes investis au sein de la collectivité afin d'orienter et d'ancrer nos activités de planification, d'intégration et de financement des services de santé locaux. Troisièmement, j'expliquerai comment nous en sommes arrivés à accorder la priorité à la réduction des disparités en matière de santé et comment nous appliquons les principes de diversité et d'équité à toutes nos activités.

Qu'est-ce qu'un RLISS? Plus particulièrement, le RLISS du Centre-Ontario est l'un des 14 organismes d'État de l'Ontario créés en 2006 en vertu de la Loi sur l'intégration du système de santé local. Sur une carte, c'est à peine si vous verriez le RLISS du Centre-Toronto; nous sommes communément connus sous le nom de RLISS « de la taille d'un timbre-poste », comparativement à celui du Nord-Ouest, qui fournit des services sur une superficie aussi grande que la France. Les RLISS varient énormément les uns des autres. Notre mandat consiste à améliorer la santé des résidents locaux en leur facilitant l'accès à des services de santé coordonnés de haute qualité et en gérant le réseau local de santé efficacement.

Même s'il s'agit d'un modèle régionalisé typiquement ontarien, nos fonctions sont comparables à celles des offices régionaux de la santé créés dans les autres provinces. Au RLISS du Centre-Toronto, nous gérons quatre milliards de dollars en services locaux de santé, sans compter les services médicaux, les services de santé publique et les services d'urgence, y compris les ambulances et les laboratoires.

La région métropolitaine de Toronto a été divisée en cinq RLISS. Le nôtre est le seul à être situé entièrement à l'intérieur de la ville de Toronto. Nous finançons 196 organismes différents, dont bon nombre exercent leurs activités à divers endroits et dans le cadre de programmes multiples. Nous avons appliqué une vision axée sur la santé des populations dans nos activités de planification et notre engagement auprès de la collectivité. Nous desservons l'une des populations les plus nombreuses, soit quelque 1,2 million de résidents, et comptons la plus forte concentration de fournisseurs de services de santé de toute la province.

Étant le seul RLISS entièrement urbain, le RLISS du Centre-Toronto doit répondre à des besoins socioéconomiques particuliers et à des facteurs complexes comme la diversité démographique, culturelle et linguistique, l'orientation sexuelle et l'inconvénient de vivre au centre-ville. D'autres facteurs comme l'inégalité des revenus, l'itinérance et la toxicomanie doivent être pris en compte dans la planification et l'évaluation des services de santé en Ontario. Un aperçu de notre population

of the lowest income households and neighbourhoods in Ontario and Canada, and some of the highest income and highest education neighbourhoods.

We are the first home for recent immigrants and refugees, and our residents come from over 200 countries of origin and speak over 160 languages and dialects, adding to the complexity of the work we undertake. In socio-economic terms, we have high rates of lone-parent families, low income population, people with low English language fluency, people with HIV AIDS, and seniors living alone. We have a high concentration of people who are homeless, including people who are mental health consumer survivors and people with serious substance abuse problems.

We have a daily inflow of commuters. Approximately half a million people come into the Toronto Central LHIN, many of them preferring to use Toronto Central LHIN health services. We have stark disparities with respect to health outcomes and access to health services. For example, the percentage of people reporting health as poor or fair was three times greater in the lowest income groups compared to the highest in our LHIN.

We have the fastest growing and highest incidence and prevalence rates for diabetes in Ontario. We have diabetes rates that are higher in neighbourhood areas with a higher proportion of recent immigrants and people with limited English language fluency.

Within our neighbourhoods, recent immigrants are less likely to have a regular family doctor than the rest of Ontarians. They are likely to report more unmet health needs and are two and half times more likely to report difficulty accessing health care, and they use fewer preventive services.

Despite significant effort and resources on the part of the Toronto Central LHIN to increase access to hip replacement, we know that significant unmet needs exist. For example, despite poor health and higher number of visits to physicians for arthritis in lower income neighbourhoods, Toronto Central LHIN residents in such neighbourhoods were 60 per cent less likely to have a hip replacement than people in highest income neighbourhoods. That is one example of the many kinds of disparities within our LHIN.

Acting on and understanding social determinants of health is a core planning principle for us, and I will outline how that has evolved. We have built in health equity from the beginning of our two and a half years of existence. As the LHINs were first being established by the Ontario government, working groups of service providers, community agencies, researchers and other stakeholders were set up in each LHIN area to identify initial priorities for integration. The need to address underlying social determinants of health and health disparities were central priorities identified by these groups in the Toronto Central LHIN report. We have validated and built on this

révèle que nous sommes aux prises avec un vaste écart de revenus et avons certains des ménages et quartiers les plus pauvres de l'Ontario et du Canada et d'autres où les revenus et le niveau de scolarité sont très élevés.

Nous sommes le pays d'accueil des nouveaux immigrants et des réfugiés et nos résidents proviennent de plus de 200 pays et parlent plus de 160 langues et dialectes, ce qui complique encore plus notre travail. Sur le plan socioéconomique, nous enregistrons des taux élevés de chefs de famille monoparentale, de personnes à faible revenu, de résidents qui méconnaissent l'anglais, de personnes atteintes du VIH sida et d'aînés vivant seuls. Nous avons une forte concentration d'itinérants, notamment des usagers ou survivants du système de santé mentale et des toxicomanes.

Nous accueillons un flux de migrants tous les jours. Près d'un demi-million de personnes transitent par le RLIS quotidiennement, bon nombre d'entre elles préférant utiliser les services de santé de Toronto. Les disparités sont frappantes entre l'état de santé et l'accès aux services. Par exemple, le pourcentage de personnes dont l'état de santé est mauvais ou moyen était trois fois plus élevé dans les groupes à faible revenu que dans ceux à revenu élevé.

Nous avons les taux de prévalence et d'incidence du diabète qui augmentent le plus rapidement en Ontario. Les taux de diabète sont également plus élevés dans les quartiers comptant une forte proportion de nouveaux immigrants et de personnes ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Dans nos quartiers, les nouveaux immigrants sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille que le reste des Ontariens. Ils déclarent avoir davantage de besoins non satisfaits en matière de santé et ils sont deux fois et demie plus nombreux à éprouver de la difficulté à avoir accès à des soins de santé et moins nombreux à avoir recours aux services de prévention.

Malgré les ressources et les efforts considérables déployés par notre réseau pour accroître l'accès aux opérations de remplacement de la hanche, les besoins non satisfaits demeurent nombreux. Par exemple, même si les résidents des quartiers à faible revenu sont en moins bonne santé et consultent plus souvent le médecin pour des problèmes d'arthrite, ceux des quartiers pauvres du Centre-Toronto avaient 60 p. 100 moins de chance d'avoir une opération de la hanche que les résidents des quartiers mieux nantis. C'est un exemple des multiples disparités qui existent au sein de notre RLIS.

Comprendre les déterminants sociaux de la santé et agir en conséquence représentent l'un des grands principes de planification pour nous, et je vais maintenant expliquer comment cela a évolué. Nous avons intégré le principe de l'équité dès nos débuts il y a deux ans et demi. Dès la création des RLIS par le gouvernement de l'Ontario, des groupes de travail composés de fournisseurs de services, d'organismes communautaires, de chercheurs et d'autres intervenants ont été mis en place dans chaque RLIS afin de déterminer les priorités initiales en matière d'intégration. Selon le rapport présenté par le RLIS du Centre-Toronto, ces groupes ont convenu que la

report. We knew that extensive community consultation and engagement was an essential building block for effective and responsive health planning and that the process must be iterative.

Since 2006, we have engaged in a dialogue with those who live, work and use services in our LHIN. Nearly 7,000 people and over 200 health service organizations have been consulted in this short period of time.

I will not go through all the messages we have here, but some of the messages are consistent with what was outlined by Ms. Walsh. We need to pay attention to the social determinants of health. We need to improve access to services for seniors in particular, those with mental health and addictions and those with special needs who are often overlooked, such as our transient Aboriginal population and homeless population. We need to include health promotion and education in our planning. When we talked to people, they told us not to focus only on disease and sickness but also on wellness and health promotion.

Our first strategic plan arose out of our consultations as well as a review of previous planning studies and research. Our first plan, called the Integrated Health Service Plan, identifies an action plan for key clinical areas such as the ones I have outlined, as well as rehabilitation services, administrative health and long-term care provincial priorities, such as the wait-time strategy.

As well, it defines key enabling priorities for system transformation, such as e-health, back-office integration and health human resources, addressing health disparities through improved access and navigation, quality of service. More efficient and effective coordination of services is fundamental to all these clinical areas. For example, our priority on seniors focuses on increasing available supports for marginalized seniors who need assistance to navigate their way through the health system. I am sure we all have our stories about how hard it is to get the services we need for our loved ones.

Recognition of the social determinants of health is a core planning principle, and I have provided a current case study on how we are incorporating these principles and practices. In the interests of time, I will leave that with you.

We have ensured diverse, broad community and stakeholder involvement to move our Integrated Health Service Plan priorities to implementation stage. We have established action-oriented, multisectoral advisory councils for each of the priority areas as well as forums and mechanisms to involve local residents in the

principale priorité consistait à prendre des mesures à l'égard des déterminants sociaux de la santé et à éliminer les disparités en matière de santé. Nous avons validé ce rapport qui nous a servi de base. Nous savions qu'il était essentiel de consulter les résidents et de nous assurer de leur participation si nous voulions planifier des services de santé efficaces et adaptés à leurs besoins et nous savions également que le processus devait être itératif.

En 2006, nous avons établi un dialogue avec les personnes qui vivent et travaillent sur notre territoire et qui utilisent les services de notre RLSS. Durant cette courte période, nous avons consulté près de 7 000 personnes et plus de 200 fournisseurs de services de santé.

Je ne vais pas énumérer tous les messages que nous avons ici, mais certains d'entre eux rejoignent ce qu'a dit Mme Walsh. Nous devons porter attention aux déterminants sociaux de la santé. Nous devons améliorer l'accès aux services pour les aînés, les personnes souffrant de troubles mentaux, les toxicomanes et les personnes ayant des besoins spéciaux qui sont souvent ignorés, comme les Autochtones et les sans-abri. Nous devons intégrer la promotion de la santé et la sensibilisation à nos activités de planification. En parlant avec les gens, ils nous ont conseillé de nous concentrer non seulement sur les maladies, mais aussi sur le bien-être et la promotion de la santé.

Notre premier plan stratégique a été élaboré à la lumière de nos consultations et de notre examen des études de planification et des résultats de recherche antérieurs. Appelé Plan d'intégration des services de santé, celui-ci prévoit un plan d'action pour les principaux domaines d'intervention tels que ceux que j'ai mentionnés, de même que les services de réadaptation, les priorités provinciales en matière de services de santé administratifs et de soins prolongés, comme la stratégie de réduction des temps d'attente.

Ce plan définit également les principales priorités en vue de la transformation du système, notamment la cybersanté, l'intégration des activités d'arrière-guichet et les ressources humaines en santé et la réduction des disparités grâce à une amélioration de l'accès et de la qualité des services. Dans tous les domaines cliniques, il est indispensable de réduire les disparités en assurant une coordination plus efficiente et efficace. L'une de nos priorités consiste à aider les personnes âgées marginalisées à avoir accès aux soutiens disponibles et à s'orienter dans le système de santé. Je suis certaine que nous avons tous des histoires à raconter sur la difficulté d'obtenir les services dont nous avons besoin pour nos proches.

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé est un principe de planification de base. Dans l'étude de cas que j'ai jointe à la présente, je vous explique comment nous intégrons ces principes à notre travail. Faute de temps, je vais vous laisser la regarder.

Nous nous sommes assurés de l'engagement d'un grand nombre de résidents et d'intervenants pour mettre en œuvre les priorités énoncées dans notre Plan d'intégration des services de santé. Nous avons formé des conseils consultatifs multisectoriels proactifs pour chacun des secteurs prioritaires de même que des

implementation process. When we first started, health service providers told us that we should not and could not do that, but we did, and we have proved them wrong.

We have begun work to develop a solid policy framework for addressing health disparities. Our board has established a task force of board staff and community members, and we have seconded an experienced expert to help develop our road map for health equity. We are looking at the best of what is working well locally, across the country and abroad. We are building on the capacity of our large number of health service providers and strong academic and research community in Toronto. While we do not have a complete road map yet, we expect it will include components, for example, the identification of priority challenges, such as systemic barriers in the form of policies and regulatory issues, limited access to primary care, language barriers, the issues that many disadvantaged populations face and the problems that have the most potential for being fixed easily or having the most positive impact on disadvantaged communities.

One challenge is that we do not always have reliable, timely data, for example, on health needs and services used by ethnocultural groups and new immigrants. We are attempting creative ways to match up data sources, and to relate databases to one another so that we can uncover diverse health needs and preferences.

Given our limited resources, we cannot address all of our issues immediately. We need to plan carefully for how, over time, strategic investment and intervention will have the most impact. To date, we have been reaching for the low-hanging fruit, as we call it — the initiatives and things that have already been started in our community that we can expand from a pilot stage or demonstration project to something that is more systemic across our whole local health system.

We have been identifying solutions through work with health care providers and others, and we know this will work only through partnerships and collaboration. We have begun to work with health service providers so that equity is built into their service delivery and organization. For example, our board has requested that all 18 of the hospitals that we fund in our LHIN, which accounts for \$3.2 billion of our \$4-billion budget, develop and submit concrete plans to address health equity. We expect that the plans will demonstrate innovation and address disparities. For example, a hospital may decide that building partnerships with community-based agencies for outreach and follow-up to specific populations or neighbourhoods is necessary.

forums et des mécanismes visant à faire participer les résidents à la mise en œuvre du plan. Au début, les fournisseurs de service de santé nous ont dit que nous ne devrions et ne pourrions pas le faire, mais nous l'avons fait quand même et leur avons prouvé qu'ils avaient tort.

Nous sommes en train d'établir un cadre stratégique concret dans le but de réduire les disparités en matière de santé. Notre conseil d'administration a mis sur pied un groupe de travail composé de membres du personnel et de résidents, et nous avons confié à un spécialiste d'expérience la tâche d'élaborer la feuille de route. Nous voulons utiliser les meilleures pratiques applicables aussi bien localement, qu'à l'échelle nationale ou internationale. Nous mettons à contribution les compétences de nos nombreux fournisseurs de services de santé ainsi que celles d'éminents universitaires et chercheurs de Toronto. Même si la feuille de route n'est pas encore au point, nous nous attendons à ce qu'elle prévoie, par exemple, la détermination des défis prioritaires tels que les barrières systémiques sous forme de problèmes liés aux politiques et aux règlements, le manque d'accès aux soins primaires, les barrières linguistiques, ainsi que les problèmes touchant de nombreux groupes défavorisés et ceux plus faciles à régler ou susceptibles d'avoir le plus d'effet positif sur les groupes défavorisés.

Le manque de données fiables et récentes — par exemple, concernant les besoins en santé des groupes ethnoculturels et des nouveaux immigrants et les services qu'ils utilisent — nous pose un problème. Nous nous efforçons de trouver des moyens originaux pour harmoniser les sources de données et relier les bases de données entre elles afin de connaître les besoins et les préférences en matière de services de santé.

En raison du manque de ressources, nous ne pouvons pas régler tous les problèmes immédiatement. Nous devons planifier judicieusement là où les investissements et les interventions stratégiques auront le plus de répercussions. Jusqu'à maintenant, nous avons misé sur les ressources à portée de main, comme nous les appelons — les projets pilotes ou de démonstration déjà mis en place dans notre communauté que nous pouvons étendre plus globalement à la grandeur de notre système de santé local.

Nous avons trouvé des solutions avec les fournisseurs de services de santé et d'autres intervenants, et nous savons que nous n'obtiendrons de résultats que si nous travaillons en partenariat et en collaboration. Nous avons déjà commencé à encourager les fournisseurs de services de santé à assurer l'équité dans les services qu'ils offrent et au sein de leur organisation. Par exemple, notre conseil d'administration a demandé aux 18 hôpitaux financés par notre RLIS — ce qui représente 3,2 milliards de dollars du budget d'exploitation du système de 4 milliards de dollars — d'élaborer et de présenter des plans concrets pour assurer l'équité en matière de santé. Nous espérons qu'ils utiliseront des méthodes novatrices pour éliminer les disparités. Par exemple, un hôpital peut décider de travailler en partenariat avec des organismes communautaires afin de rejoindre certains groupes ou quartiers et de faire un suivi.

Our board has made health equity a priority. Accordingly, our roadmap will begin to identify clear objectives and performance metrics against which we can measure our progress. For example, a success indicator could be increasing access to defined services in a disadvantaged neighbourhood area or setting targets to reduce differences in utilization of particular services such as the hip replacements that I mentioned earlier.

We have begun work with health service providers to build concrete expectations into our funding and accountability relationships with them, using the levers that we have to advance health equity. The LHINs have significant powers to ensure accountability of health service providers under the LHIN founding legislation. We have powers to make integration decisions that are in the best interests of the public. We can build equity expectations and indicators into the service accountability agreements with our health service providers.

For example, we could require each hospital to demonstrate that its service utilization patterns reflect the diversity of its patient population. Some expectations may need to be very specific; for example, demonstration by downtown hospitals that they provide appropriate and adequate services to homeless people. Many other things could be thought of.

As you may appreciate, the LHIN must make informed but often difficult decisions for effective allocation of scarce resources. We know that we must first identify the barriers that disadvantaged populations face. To do this we are building diversity and equity lenses into our decision-making and funding allocation processes and tools. We will consider targeting new investment in programs and services where they will have the most impact on reducing health disparities; for example, concentrating new services in disadvantaged neighbourhoods, investing more in community-based services such as multi-disciplinary care teams that have been shown to be effective in supporting disadvantaged populations; funding community-based health service providers to deliver culturally-appropriate chronic disease prevention, management and wellness programs to ethnocultural communities that may face language and cultural barriers.

We know we have health disparities on many fronts. While this may be daunting — and some days it does feel very daunting — we have, since the beginning of our mandate, recognized the tremendous assets and strengths to be built on in our community, even within the most disadvantaged communities. We are unique among Ontario LHINs in that we have a rich concentration of health research and knowledge in our major academic institutions in 18 hospitals. Another asset is the depth and diversity of community-based service providers. Thus, a key part of our strategy is to build on and support existing networks of health service providers and experts, support leading practice innovative

Notre conseil d'administration place l'équité dans la liste des priorités. C'est pourquoi notre feuille de route énoncera tout d'abord des objectifs de rendement clairs afin que nous puissions mesurer nos progrès. Par exemple, un indicateur de succès pourrait être un meilleur accès à certains services dans des quartiers défavorisés ou encore, la réduction des disparités dans l'utilisation des services comme les remplacements de la hanche que j'ai mentionnés tout à l'heure.

Nous avons commencé à travailler en collaboration avec des fournisseurs de services de santé afin d'intégrer des attentes réalistes aux ententes de financement et de responsabilisation que nous concluons avec eux, en utilisant les leviers dont nous disposons pour promouvoir l'équité en matière de santé. La loi sur le financement des RLIS confère à ces derniers d'importants pouvoirs dans le but de responsabiliser les fournisseurs de services. Nous avons le pouvoir de prendre des décisions d'intégration qui servent les meilleurs intérêts du public. Nous pouvons intégrer des objectifs et des indicateurs d'équité aux ententes de responsabilisation que nous concluons avec nos fournisseurs de services de santé.

Par exemple, nous pourrions obliger chaque hôpital à démontrer que ses habitudes d'utilisation des services correspondent à la diversité de la population desservie. Certaines attentes doivent être très précises; par exemple, les hôpitaux du centre-ville doivent démontrer qu'ils fournissent des services pertinents et adéquats aux sans-abri. Nous pouvons penser à bien d'autres exemples.

Vous comprendrez que le RLIS doit prendre des décisions éclairées mais souvent difficiles pour répartir efficacement ses rares ressources. Nous devons d'abord repérer les obstacles auxquels se heurtent les groupes défavorisés. Pour cela, nous adoptons une optique de diversité et d'équité lorsque nous prenons des décisions et élaborons nos méthodes et nos mécanismes de financement. Nous examinerons la possibilité de faire de nouveaux investissements dans les programmes et services que si ces fonds contribuent à réduire les disparités en matière de santé : pour offrir de nouveaux services dans les quartiers défavorisés; investir davantage dans les services communautaires, notamment dans les équipes de soins multidisciplinaires qui ont démontré leur efficacité auprès des groupes défavorisés; et financer les fournisseurs de services de santé communautaires afin qu'ils offrent aux groupes qui se heurtent à des barrières linguistiques et culturelles des programmes de gestion des maladies chroniques et de bien-être adaptés à leur culture.

Nous savons qu'il existe de nombreuses disparités en matière de santé. Malgré l'ampleur du problème — qui nous décourage certains jours —, nous nous sommes efforcés, depuis notre création, de miser sur les atouts et les forces extraordinaires de la collectivité que nous desservons et ce, même dans les groupes les plus défavorisés. Nous nous distinguons de tous les autres RLIS de l'Ontario par notre incroyable bassin de chercheurs et de spécialistes de la santé en poste dans nos universités et nos 18 hôpitaux. Un autre atout est la multitude et la diversité de nos fournisseurs de services communautaires. Un volet important de notre stratégie consiste donc à utiliser

programs that address health disparities or the unique needs of disadvantaged populations, support innovative demonstration projects to build evidence, support community-based or other research to identify promising practices, and build evaluation into our health equity initiatives.

We know that reducing access barriers and increasing coordination of health services to support those experiencing health disparities will never eliminate those disparities. The roots of health disparities lie outside of the traditional health care system. As you know, the LHIN cannot build affordable housing, increase literacy or reduce poverty. However, we can draw two conclusions: LHINs are now an integral and important part of the Ontario health system with a mandate to make system changes to improve the health status of the population we serve, in part by improving access to the health care they need and making strategic decisions about integration of the system components. Second, our LHIN must work to take the broader social determinants of health into account in creative ways.

We are looking to develop or join appropriate local cross-sectoral collaboration and planning forums and tables with the municipalities, schools, academic institutions, social services, immigrant settlements and other sectors beyond health. We are supporting innovation among our health service providers for coordinated cross-sectoral service delivery.

For example, within our LHIN, new community health centres are creating partnerships for co-located child care, employment support, family services and others. We are looking to provide coordinated, one-stop access to the almost 200 health service providers in our LHIN and expanding that to include referrals to social services. We are developing an electronic inventory of programs and services for consumers and providers that will be searchable by neighbourhood area, and in the future we will be available in multiple languages.

Finally, we are enabling relationships with grassroots groups that have not traditionally been funded within the traditional health system. The Toronto Central LHIN is at the beginning of our system transformation journey, a journey that we hope will ultimately mean a healthier population using a more accessible, equitable and coordinated system of health services.

Thank you again for inviting me to present before you. It has been a great honour and privilege to be here today, and I look forward to your questions.

Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre, University of Ottawa Heart Institute: Thank you for the compliment of the invitation to be here

et à soutenir les réseaux en place de fournisseurs de santé et de spécialistes; à appuyer les principaux programmes novateurs visant à réduire les disparités ou à répondre aux besoins particuliers des populations défavorisées; à financer des projets pilotes novateurs afin de recueillir des preuves de leur efficacité; à soutenir la recherche communautaire et d'autres recherches afin de recenser les pratiques prometteuses; et à évaluer nos initiatives de promotion de l'équité en matière de santé.

Nous savons que, même en réduisant les obstacles à l'accès et en améliorant la coordination des services de santé, nous n'arriverons jamais à supprimer les disparités dans le domaine de la santé, car elles prennent souvent racine à l'extérieur du système conventionnel de santé. Comme vous le savez, le RLIS ne peut pas construire des logements abordables, accroître le taux d'alphabétisation ni réduire la pauvreté. Cependant, nous tirons deux conclusions de notre démarche : les RLIS occupent désormais une place importante dans le réseau de santé de l'Ontario, leur mandat consistant à apporter des changements dans le but, premièrement, d'améliorer la santé de la population que nous desservons, en partie en facilitant l'accès aux services dont elle a besoin et en prenant des décisions stratégiques visant l'intégration de toutes les composantes du système. Deuxièmement, notre RLIS doit trouver des moyens originaux pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé.

Nous essayons de favoriser une collaboration intersectorielle locale avec les municipalités, les écoles, les universités, les services sociaux, les organismes d'aide à l'installation des immigrants et d'autres organismes de secteurs autres que celui de la santé et d'organiser des forums et des tables rondes sur la planification. Nous encourageons nos fournisseurs de services de santé à être novateurs et à offrir des services intersectoriels coordonnés.

Par exemple, dans notre RLIS, les nouveaux centres de santé communautaires travaillent en partenariat afin d'offrir des services de garde d'enfants, d'aide à l'emploi, des services aux familles, et cetera. Nous essayons d'offrir un accès coordonné à guichet unique aux quelque 200 fournisseurs de services de santé de notre RLIS et de fournir des services d'ajustement et des services sociaux. Nous créons un répertoire électronique de programmes et de services à l'intention des consommateurs et des fournisseurs de services — ils pourront y faire des recherches par quartier et ce service sera éventuellement offert en plusieurs langues.

Pour terminer, nous favorisons la création de liens avec des groupes locaux qui n'ont jamais obtenu de fonds par le biais du système traditionnel de santé. Le RLIS du Centre-Toronto n'est que la première étape sur la route de la transformation de notre système, un parcours qui nous permettra d'améliorer l'état de santé de la population grâce à un système de services de santé plus accessible, plus équitable et mieux coordonné.

Je vous remercie encore de m'avoir invitée. Cela a été un grand honneur pour moi d'être ici aujourd'hui et c'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

Dr Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et de réadaptation de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa : Je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui.

today. I will try to be brief and move us to a slightly different level. It is embarrassing, or somewhat depressing, for me to realize that I am approaching my thirty-fifth year of medical practice. Throughout much of those 35 years I have been very involved in approaches that have been designed or intended to prevent disease or to promote health.

I well remember the ringing declarations of the Ottawa Charter, the Victoria declaration and the Lalonde report. I am getting a little frustrated because we have been very good in Canada at producing "roadmaps." This is a country, as one of your colleagues once said, "of pilot projects." In my new role at the University of Ottawa Heart Institute, I am determined to attempt to move beyond the rhetoric and try to realistically apply evidence-based, best-practice programs to address some very real disparities in our area and to use population-health and best-practice approaches in an attempt to transform the health status of the residents of our region.

Twenty years ago, I sat as the vice-chair of a ministerial advisory committee on health promotion and disease prevention for the province of Ontario. I followed that by sitting on the premier's councils on health in the province of Ontario. Therefore, I am personally familiar with the abundant literature that describes how we might do things better. Ladies and gentlemen, I want to start doing some of those things. I want to share with you today some of the experience in our region of the province and of Canada which demonstrates vividly some of the health disparities present in our population and which also provides an example of how we might utilize various segments of our system in an integrated manner in order to begin to address them. I will then conclude with the identification of some of the roadblocks that seem to impede our moving forward in this way.

I will first draw your attention to a map of the Champlain district. It is a unique LHIN in Ontario because it is co-terminus with three public health units. It is unique as well because this, after all, is the very heart and soul of the province. You find communities such as Pembroke nestled within the corner of this LHIN. It is a microcosm of Canada. Twenty per cent of the population is francophone. We have Aboriginal communities; we have a large urban centre in Ottawa-Carleton; we have remote communities; and we have service-based smaller urban areas. If we can make things happen in the Champlain region, we can provide a model that might be replicable for the rest of our province or other areas in the country.

On the chart entitled "Risk Factor Profile," you will see in the four columns with circles a marked expression of the disparities that exist. The bottom row provides an outline of figures for the city of Ottawa. I draw your attention to the city of Ottawa and its cardiovascular disease mortality rate — the furthest left column. That rate is 186.5 per 100,000 persons. If you move east, west or south 20 minutes from the city of Ottawa, you are in communities that have rates of mortality 50 or 60 per cent higher than that of

Je vais tenter d'être bref et de nous amener à un niveau différent. C'est gênant, voire déprimant, de me rendre compte que j'aurai bientôt 35 ans de pratique médicale. Pendant la majeure partie de ma carrière, j'ai travaillé à des approches conçues pour prévenir les maladies et promouvoir la santé.

Je me rappelle très bien les déclarations retentissantes de la Charte d'Ottawa, de la Déclaration de Victoria et du rapport Lalonde. Le fait que nous soyons maîtres dans l'art de produire des « feuilles de route » au Canada commence à m'agacer. Comme l'a dit une fois l'un de vos collègues, nous sommes un pays « de projets pilotes ». Dans le cadre de mes nouvelles fonctions à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, je suis déterminé à joindre le geste à la parole et à essayer de mettre en œuvre, de manière réaliste, des programmes factuels de pratiques exemplaires pour éliminer des disparités bien réelles dans notre région et d'adopter les meilleures approches en matière de santé des populations en vue d'améliorer la santé des résidents de notre région.

Il y a 20 ans, j'ai été vice-président d'un comité consultatif ministériel sur la promotion de la santé et la prévention des maladies de la province de l'Ontario. Par après, j'ai siégé au Conseil du premier ministre sur la santé de l'Ontario. Par conséquent, je connais bien les nombreuses publications qui décrivent comment nous pourrions améliorer notre façon de faire. Mesdames et messieurs, je veux commencer à prendre des mesures à cet égard. Je veux vous faire part aujourd'hui de quelques situations dans notre région de la province et du Canada qui montrent clairement certaines des disparités présentes dans notre population et qui illustrent comment nous pourrions utiliser différentes composantes de notre système de manière intégrée pour éliminer ces disparités. Je terminerai en évoquant quelques-uns des obstacles qui semblent nous empêcher d'aller de l'avant en ce sens.

Je vais tout d'abord attirer votre attention sur une carte de la région de Champlain. Elle se distingue des autres RLIS en Ontario, car elle est affiliée à trois unités de santé publique. Elle est exceptionnelle également parce qu'elle est, après tout, le cœur de la province. Vous trouverez des collectivités comme Pembroke nichées à la limite de la région desservie par ce RLIS. C'est un microcosme au Canada. Vingt pour cent de la population est francophone. Nous comptons des collectivités autochtones, le grand centre urbain d'Ottawa-Carleton, des communautés éloignées et de petites régions urbaines axées sur les services. Si nous pouvons faire bouger les choses dans la région de Champlain, nous pouvons fournir un modèle que nous pourrions appliquer ailleurs dans notre province ou dans d'autres régions du pays.

Sur le tableau intitulé « Profil des facteurs de risque », les quatre colonnes avec des cercles montrent l'existence d'un écart marqué entre les disparités. La ligne du bas fournit un aperçu des chiffres pour la ville d'Ottawa. J'attire votre attention sur le taux de mortalité par cause cardiovasculaire pour Ottawa — à la dernière colonne de gauche. Ce taux s'élève à 186,5 par 100 000 personnes. Des collectivités situées à 20 minutes à l'Est, à l'Ouest ou au Sud de la capitale enregistrent des taux de

Ottawa. Similarly, the risk factors identified in the remaining three columns with circled data show that exactly the same disproportionality exists between and among the regions of our LHN, the risk factors and, therefore, not surprisingly, ultimately the morbidity and mortality of our citizens.

Recognizing these inequities, my colleagues at the University of Ottawa Heart Institute, long-schooled in the obligation and professional responsibility to serve the total community, decided that we would try to address, to the best of our ability, these disparities, given our role as a tertiary care organization, and use our credibility to catalyze the creation of the Champlain Cardiovascular Disease Prevention Network which might, in an integrated, cooperative, collaborative manner, using public health units, community health centres, voluntary health organizations, the education sector, the tourism and recreation sector and others as well as the health sector, begin to address these disparities and in so doing enhance the cardiovascular health of our communities.

En passant, it is very important to point out that if you address cardiovascular disease risk factors, you address virtually all chronic disease risk factors. As I am sure you are aware, we are facing a tsunami of chronic disease. In the next five to 10 years, public policy experts will be grappling with the challenge of how we possibly provide the chronic disease services that our population will require, just projecting the trends that we know are evident today. That is all the more reason we start to not only think outside the box but, if you will forgive me, build better boxes in terms of the way we begin to approach these kinds of problems.

We also identified for ourselves some targets. We would hope that we might be able to reduce premature deaths from cardiovascular and other forms of chronic disease — although this is just cardiovascular disease, heart disease, stroke and diabetes in this particular data set — by between 5,000 and 10,000 premature deaths by the year 2015. That is a pretty ambitious target, but there are things one can do simply by doing ordinary things extraordinarily well that might allow and permit you to approach the targets. You will have seen that we have identified specific targets for risk factors. I realize that I am using very much a medical model series of data, but in order to address that medical model series of data, it will be necessary to use a variety of social interventions, not the least of which will be to address some of the social inequities in our community.

The pyramid that appears on one of these charts indicates that we are hoping to be acting and active at each of these three levels. We want to act with the broad expanse of the general population so as to reduce the likelihood of risk factors ever developing, and that is where the greatest return on our investment will come. We want to act with those people in whom risk factors have become evident so they do not ultimately fall victim to the diseases that those risk factors would otherwise portend. We want to have

mortalité de 50 ou 60 p. 100 plus élevés qu'à Ottawa. De même, les facteurs de risque relevés dans les trois autres colonnes où des données sont encerclées révèlent que cette même disproportion existe entre et parmi les régions de notre RLSS, les facteurs de risque et, par conséquent, la morbidité et la mortalité de nos citoyens évidemment.

Reconnaissant ces iniquités, mes collègues à l'Institut de cardiologie d'Ottawa, qui en savent long sur l'obligation et la responsabilité professionnelles de servir l'ensemble de la collectivité, ont décidé que nous tenterions d'éliminer ces disparités du mieux que nous pourrions, vu notre rôle d'organisation de soins tertiaires, et d'utiliser notre crédibilité pour catalyser la création du Réseau de prévention des maladies cardiovasculaires de la région de Champlain. Nous pourrions éliminer ces disparités et ainsi améliorer la santé cardiovasculaire de nos collectivités grâce à une approche intégrée et une collaboration avec des unités de santé publique, des centres de santé communautaire, des organismes de santé bénévoles, ainsi que les secteurs de l'éducation, du tourisme, des loisirs, de la santé, entre autres.

En passant, il importe de souligner que si vous vous attaquez aux facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires, vous vous attaquez pratiquement à tous les facteurs de risque liés aux maladies chroniques. Comme vous le savez sans doute, nous sommes confrontés à un tsunami de maladies chroniques. Au cours des cinq à dix prochaines années, les experts en politique publique seront aux prises avec le défi de trouver un moyen d'offrir les services spécialisés en maladies chroniques dont aura besoin notre population, simplement en faisant une projection des tendances que nous observons de nos jours. Raison de plus pour non seulement sortir des sentiers battus, mais aussi, si je peux me permettre, trouver de meilleures approches pour régler ces types de problèmes.

Nous nous sommes également fixé quelques objectifs. Nous espérons pouvoir réduire de 5 000 à 10 000 d'ici 2015 le nombre de décès prématurés causés par des maladies cardiovasculaires ou d'autres maladies chroniques — même si cet ensemble de données n'englobe que les maladies cardiovasculaires, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète. C'est un objectif plutôt ambitieux, mais nous pouvons parfois nous rapprocher de notre but en faisant remarquablement bien des choses ordinaires. Vous avez remarqué que nous avons établi des objectifs précis pour les facteurs de risque. Je suis conscient de beaucoup utiliser une série de données inspirées du modèle médical, mais pour nous y attaquer, toutes sortes d'interventions sociales seront nécessaires, notamment pour éliminer certaines des iniquités sociales dans notre collectivité.

La pyramide qui figure sur l'une des diapos indique que nous espérons intervenir et participer à ces trois niveaux. Nous voulons travailler avec la population en général pour réduire la probabilité que des facteurs de risque se développent, et c'est là où nous obtiendrons le meilleur retour de nos investissements. Nous voulons collaborer avec ceux chez qui les facteurs de risque sont devenus évidents pour éviter qu'ils ne finissent par être victimes des maladies auxquelles ces facteurs de risque mèneraient

state-of-the-art secondary prevention processes in place so we are doing what we know to be best practice in terms of the management of those who fall ill as a consequence of our inability to intervene earlier with these other kinds of interventions.

In the moments that remain, let me give you a few examples of the way we are proposing to do this. We want, for example, in our region, in an integrated fashion, to operate at the level of the primary care practitioner, at the level of the hospital, at the level of the school system and community, and involve and engage all of the communications apparatus available in our region. I have picked out two examples that I think are intriguing and which apply a population health approach.

The first uses the population of all of those admitted to hospital. In Canada, if you are born in a hospital, within half an hour of being born, someone has to drop antibiotics in your eye to address neonatal conjunctivitis and someone has to collect urine from you in order for us to check for phenylketonuria. If you have foetal ketonuria. In many hospitals in Canada, you do not leave that hospital as a newborn unless accompanied by a nurse who makes sure that, as you go to the parking lot, you go home in an approved child seat properly installed in a car. Who would argue about those interventions? However, what if you go into most Canadian hospitals and ask how many patients admitted to your hospital last year were smokers? There is an embarrassed silence. Tobacco addiction is Canada's leading cause of preventable disease, disability and death, but our hospital sector until very recently has allowed this issue to fly below the radar.

At the University of Ottawa Heart Institute, we have developed what is now being referred to nationally and internationally as the Ottawa model, a process in which we identify every single patient admitted to a hospital as a smoker or a non-smoker and offer sensitive, non-judgemental and appropriate assistance to them as they deal with nicotine withdrawal while in hospital in an effort to significantly enhance the likelihood of their stopping smoking thereafter. The savings to our health system, if we could reduce smoking by even a small percentage in our population over the next decade, is incredible. The most powerful way to reach this population, if you do the numbers, is to multiply the number of smokers admitted to Canadian hospitals by the number of hospitals and apply this particular stratagem; the impact would be profound. We can do some very innovative things in the hospital setting to address this major public health issue.

Let me draw your attention to the issue headed dietary salt intake, which is another example of an approach that we would encourage you to examine from a truly population health perspective. Your average "free-grazing" human being, were he a hunter-gatherer a few centuries ago, would require only 1,500 milligrams of salt a day. Our bodies are constructed to operate on that intake. The typical salt intake of Canadians is more than two and a half times that today. If we could just

autrement. Nous voulons mettre en place des processus de prévention secondaire ultramodernes pour gérer du mieux que nous pouvons les gens qui tombent malades à cause de notre incapacité d'agir plus tôt grâce à ces types d'interventions.

Pendant le temps qu'il me reste, je vais vous donner quelques exemples de la manière dont nous nous proposons d'y parvenir. Dans notre région, nous voulons intervenir de façon intégrée auprès des professionnels des soins de santé primaires, des hôpitaux, du système scolaire et de la collectivité et faire participer tous les modes de communication disponibles dans notre région. J'ai choisi deux exemples qui sont intrigants, à mon avis, et qui appliquent une approche axée sur la santé de la population.

Le premier porte sur toutes les personnes admises à l'hôpital. Au Canada, dans les trente minutes suivant la naissance d'un enfant à l'hôpital, quelqu'un doit lui mettre des antibiotiques dans les yeux pour prévenir la conjonctivite néonatale et doit prélever un échantillon d'urine pour s'assurer qu'il n'a pas la phénylcétonurie, pour dépister la cétonurie fœtale. Dans bien des hôpitaux au Canada, le nouveau-né ne peut pas quitter l'hôpital avant qu'une infirmière ait vérifié que l'enfant rentre chez lui dans un siège d'auto approuvé et correctement installé. Qui contesterait ces interventions? Toutefois, que se passe-t-il si vous allez dans la plupart des hôpitaux canadiens et demandez combien de patients fumeurs ont été admis à l'hôpital l'an dernier? Un silence embarrassé s'installe. Le tabagisme au Canada est la principale cause de maladie évitable, d'invalidité et de décès, mais notre secteur hospitalier, jusqu'à tout récemment, a relégué ce problème aux oubliettes.

À l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, nous avons élaboré ce que nous appelons à l'échelle nationale et internationale le modèle d'Ottawa. Il s'agit d'un processus par lequel nous identifions chaque patient admis à l'hôpital comme étant fumeur ou non-fumeur et offrons du soutien adapté, non moralisateur et adéquat à tous ceux qui sont en sevrage de nicotine pendant leur séjour à l'hôpital en vue d'accroître considérablement les chances qu'ils cessent de fumer par après. Le système de santé réaliserait d'énormes économies si nous pouvions réduire le tabagisme, ne serait-ce que d'un pourcentage minime, au sein de notre population au cours des dix prochaines années. La façon la plus efficace de rejoindre ce groupe, si vous faites les calculs, c'est en multipliant le nombre de fumeurs admis dans les hôpitaux canadiens par le nombre d'hôpitaux et en appliquant ce stratagème particulier; les répercussions seraient profondes. Nous pouvons prendre des mesures très novatrices dans le milieu hospitalier pour régler ce grave problème de santé publique.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur la consommation de sel dans l'alimentation, qui constitue un autre exemple d'approche que nous vous encourageons d'examiner vraiment du point de vue de la santé de la population. Il y a quelques siècles, le chasseur-cueilleur moyen n'avait besoin que de 1 500 milligrammes de sel par jour. Notre organisme est conçu pour fonctionner avec cette quantité. La consommation de sel des Canadiens est généralement deux fois et demie plus élevée de nos jours. Si nous pouvions

reduce salt intake, we could significantly reduce, on a population level, the blood pressure of Canadians, which would allow us to reduce by a factor of 12 to 14 per cent all of the strokes in Canada. We would reduce the number of premature heart disease deaths and, overall, dramatically have an impact on the health of the population. Ironically, the population is in some ways powerless to influence its salt intake. Why? Even if you take the salt shaker off the table, most of the salt we get comes in the processed or refined foods introduced by the food industry. A population health approach that said we will introduce public policy, as has been introduced in the United Kingdom, Sweden and elsewhere, that mandates the reduction of sodium in our processed foods would very easily accomplish a profound and significant reduction in premature morbidity and mortality. Food policies of the past have often dramatically influenced the health of the community, an example of which were the public policies introduced in Europe in the 1930s, of which frankly I am a beneficiary. As a result of the growth deprivation and resulting intellectual deprivation that was commonplace in Europe in the 1930s, European governments introduced policies that subsidized the availability of milk and high-fat foods and orange juice. As a child in England, I got fed a lukewarm, rancid bottle of milk every day at recess, which may account for the fact that I am six feet tall. Those public policies dramatically addressed the unfortunate situation that had existed in Europe.

A great biologist and philosopher once said that every society has a pattern of disease unique to it. Any force or factor that changes the social or physical environment will necessarily produce a change in the nature of the diseases that society addresses. Ladies and gentlemen, 40 per cent of Canada's children already have one major modifiable cardiovascular disease risk factor. They are obese and inactive. That is precisely as a consequence of the fact that we now have what has been described as an obesogenic environment. It will take population health approaches reflected in sensitive but strategic public policies if we are to redress those environmental circumstances and forestall that oncoming tsunami of chronic disease.

In the Champlain region, we are beginning to look at the ways in which we can, in our particular part of the province, affect these kinds of changes. We are looking at the ways we can work with urban governments and urban planners. We are trying to transform primary care practice and integrate in a coordinated manner the way in which we manage chronic disease. It has been said that it takes a health professional to diagnose a disease, but it takes a system to manage it. To this point, our systems have been fragmented; that must change.

This is a brief snapshot of what we are about in our region and what we aspire to. What is precluding our being successful? It is that the reallocation of resources has not kept up with the

réduire la consommation de sel, nous pourrions faire nettement baisser la tension artérielle de l'ensemble des Canadiens, ce qui nous permettrait de réduire de 12 à 14 p. 100 tous les accidents vasculaires cérébraux au pays. Nous diminuerions le nombre de décès prématurés attribuables aux maladies du cœur et, de manière générale, nous aurions une grande incidence sur la santé de la population. Ironiquement, les Canadiens sont, d'une certaine façon, impuissants quant à leur consommation de sel. Pourquoi? Même si vous cessez de saler vos aliments, la majorité de notre consommation de sel provient des aliments transformés ou raffinés introduits par l'industrie alimentaire. Une approche axée sur la santé de la population qui prévoit l'adoption d'une politique gouvernementale, comme celle instaurée au Royaume-Uni, en Suède et ailleurs, qui oblige à réduire le sodium dans nos aliments transformés, ferait très facilement et nettement chuter la morbidité et la mortalité prématurées. Dans le passé, les politiques alimentaires ont souvent eu une énorme incidence sur la santé des collectivités, notamment celles adoptées en Europe dans les années 1930, dont j'ai franchement bénéficié. En raison des pénuries alimentaires nuisant au développement intellectuel, qui étaient monnaie courante en Europe dans les années 1930, les gouvernements européens ont adopté des politiques qui subventionnaient la disponibilité du lait, d'aliments à forte teneur en gras et du jus d'orange. Puisque j'ai grandi en Angleterre, on me donnait à boire une bouteille de lait tiède rance tous les jours à la récréation, et c'est peut-être grâce à cela que je mesure maintenant six pieds. Ces politiques gouvernementales ont grandement contribué à améliorer la situation en Europe à l'époque.

Un grand biologiste et philosophe a dit un jour que toute société a des tendances qui lui sont uniques en matière de maladie. Toute force ou tout facteur qui modifie le contexte social ou physique engendrera nécessairement un changement dans la nature des maladies qu'affronte la société. Mesdames et messieurs, 40 p. 100 des enfants du Canada présentent déjà un important facteur modifiable de maladie cardiovasculaire. Ils sont obèses et inactifs. C'est précisément la conséquence de l'existence, maintenant, de ce qui a été appelé un environnement obésigène. Il faudra que la population adopte des habitudes saines que favorisent des politiques publiques délicates mais néanmoins stratégiques si nous voulons rétablir ce contexte environnemental et prévenir ce raz-de-marée prochain de maladies chroniques.

Dans la région de Champlain, nous commençons à étudier les moyens par lesquels nous pourrions, dans notre région particulière de la province, susciter ce genre de changements. Nous étudions des moyens de collaborer avec les administrations urbaines et les planificateurs urbains. Nous essayons de transformer la pratique des soins primaires et de l'intégrer de manière coordonnée notre mode de gestion des maladies chroniques. On a dit qu'il faut un professionnel de la santé pour diagnostiquer une maladie, mais il faut tout un système pour la gérer. Jusqu'à maintenant, nos systèmes ont été fragmentés; c'est ce qui doit changer.

Ce n'est qu'un bref instantané de ce que nous faisons dans notre région, et ce à quoi nous aspirons. Qu'est-ce qui fait obstacle à notre succès? C'est que la réaffectation des ressources

rhetoric. We have had three decades of rhetoric about the need for the prevention of disease and the promotion of health, but the funding mechanisms have not yet reconfigured themselves to facilitate the development of these kinds of integrated, state-of-the-art, evidenced-based, best practice models. Anything, ladies and gentlemen, that you can do using your good offices to influence public policy thinkers in this respect would be very welcome and I would argue is long overdue.

I thank you so much for taking the time to indulge me in this way this afternoon and I would be happy to respond to any of your questions, comments or criticisms.

The Chair: I understand Dr. Pipe has to leave at 5:30, so honourable senators, those of you who want to have at him, go right ahead, because I have never been able to handle him. I have tried for about 30 years.

I want to thank all of you, and it is wonderful to see the way the universe is unfolding in Ontario. I must tell you. That is not to suggest that everyone is happy with the LHINs and the way they are designed, but I must admit I think Ontario has, right now, one of the best ministers of health it has ever had. His heart is in the right place.

Senator Eggleton: I will pass that on to him.

The Chair: It is a fact, because he is moving in the right direction.

I have been surprised that the witnesses coming before us have never really referred to the point that Romanow made in his report, and that is that 50 per cent of disease arises from social determinants; 25 per cent of disease is dealt with through the health care delivery systems, yet we spend \$140 billion flat right there. We spend virtually nothing on the 50 per cent that is related to the determinants of health.

Dr. Pipe, you raised the point of how we can get there. I will ask all three of you, but let me prime it a little bit. It is too bad we could not have had someone with the public health agency with you today. We have had them here but we could not have them today. It would have been interesting to have someone from the Public Health Agency of Canada with you, Ms. Walsh, Ms. Pisko-Bezruchko and Dr. Pipe, as we go from the top to the ground in the system.

I want to ask all of you because Ms. Pisko-Bezruchko mentioned repeatedly the community health centres. I think our report will be advocating more community health centres in a very strong way. At that level, they can integrate with the other centres, and so forth, and with the other determinants of health.

I do want to ask all three of you to comment on how we, as a committee, can finally impress the powers that be in Canada, including our citizenry, that we are not investing

n'a pas suivi le discours. Nous avons eu trois décennies de discours sur la nécessité de prévenir les maladies et de promouvoir la santé, mais les mécanismes de financement n'ont pas encore été reconfigurés de manière à faciliter la création de ce genre de modèles de pratiques exemplaires intégrées, de pointe et fondées sur les preuves. Tout ce que vous pourriez faire, mesdames et messieurs, en usant de votre position pour influencer les responsables des politiques publiques dans le domaine serait très apprécié, et je dirais qu'on a assez tardé.

Je vous remercie infiniment d'avoir pris le temps de m'écouter ainsi cet après-midi, et je répondrai volontiers à vos questions, commentaires ou critiques.

Le président : J'ai cru comprendre que le Dr Pipe doit nous quitter à 17 h 30, alors honorables sénateurs, ceux d'entre vous qui voulez l'interroger, faites-le maintenant, parce que je n'ai jamais été capable de le manœuvrer. Voilà près de 30 ans que j'essaie.

Je tiens à vous remercier, tous, et je dois vous dire qu'il est merveilleux de voir la manière dont l'univers s'épanouit en Ontario. Ce n'est pas dire que tout le monde est satisfait des RLIS et de leur structure, mais je dois admettre que je pense que la province a, actuellement, l'un des meilleurs ministres de la Santé qu'elle ait jamais eu. Il a le cœur à la bonne place.

Le sénateur Eggleton : Je lui transmettrai ce commentaire.

Le président : C'est un fait, parce qu'il va dans le bon sens.

J'ai été étonné que les témoins qui sont venus devant nous n'aient jamais parlé de ce que disait M. Romanow dans son rapport, soit que 50 p. 100 des maladies sont la conséquence de déterminants sociaux; on en règle 25 p. 100 au moyen des systèmes de santé et pourtant, nous dépensons 140 milliards de dollars, pas moins, rien que là. Nous ne dépensons à peu près rien sur les 50 p. 100 de maladies liées aux déterminants de la santé.

Docteur Pipe, vous avez parlé de la manière dont nous pouvons y parvenir. Je vous interrogerai tous les trois, mais permettez-moi une petite entrée en matière. Il est dommage que nous n'ayons pas pu avoir quelqu'un de l'Agence de santé publique avec vous aujourd'hui. Nous les avons déjà accueillis ici mais nous ne le pouvions pas aujourd'hui. Il aurait été intéressant d'avoir quelqu'un de l'Agence de santé publique du Canada avec vous, madame Walsh, madame Pisko-Bezruchko et docteur Pipe, pour cet examen du système de pied en cap.

J'aimerais vous poser une question à tous parce que Mme Pisko-Bezruchko a parlé à maintes reprises des centres de santé communautaires. Je pense que notre rapport plaidera vigoureusement en faveur d'un plus grand nombre de centres de santé communautaires. À ce niveau-là, ils peuvent être combinés aux autres centres, et cetera, et aussi aux autres déterminants de la santé.

J'aimerais vous demander à tous les trois de nous dire comment nous, en tant que comité, pouvons enfin faire comprendre aux autorités du Canada, y compris à notre

in the right place and that we have to change our thinking. We are about fifteenth in the world in health status and our health disparities are truly awful.

Ms. Pisko-Bezruchko's LHIN is tremendously interesting because there are terrible health disparities right there. We are blessed to have among us the former mayor of Toronto, who will be questioning you in a few minutes. I am not saying it is his fault.

Let me focus this: How can we get a system on the ground that can integrate the agencies, can deal with the homeless, with poverty, with food banks, with education and the other eight or 10 forces that are the determinants of health? Can we do this through the health sector alone with the community health centres? I do not think so. How do we get the community health centres built with the social services and plugged into the schools and that kind of thing?

Ms. Walsh: I was thinking about the Champlain LHIN because you have brought together public health and many other organizations with the health care sector. Public health has a long tradition in Ontario of using a determinants-of-health lens and reaching out and looking at the workplace, looking at the education sector, working with homeless and what have you. It is this kind of infrastructure, a collaborative mechanism, that allows people to come together and supports that planning.

The other challenge is then the resources that will be invested in those other aspects as you mentioned, because if you look at the amount of funding going into health care, versus strategies that are trying to prevent disease and promote health, in Canada it has been approximately 2 per cent to 3 per cent. That is a huge imbalance.

The other thing I want to mention is that I think in Ontario many communities also see the school as an important hub for reaching out to the community and providing a range of services. This is something we are seeing in Ontario, with the Ministry of Education, is how to build different initiatives through the school at the community hub as well.

Ms. Pisko-Bezruchko: From my two years in the LHIN, one of the observations I would have is that we need a mixture of approaches: we need a top-down kind of approach and we need a bottom-up approach, and we also need something in the middle as well. We have paid a lot of attention to the top-down and we have paid a lot of attention to the more powerful voices in our society, and it is time to really let the grassroots have a say. That is part of the mandate of the LHINs.

We are premised on community engagement, working with the public, ensuring that their voices and their needs are heard and that they have a role in decision-making about the system that they want. They are clearly articulating in our LHIN that it is not just a health system they want, it is a health and social services

population, que nous n'investissons pas là où il faut, et qu'il nous faut modifier notre mode de pensée. Nous sommes à peu près en quinzième place dans le monde, au plan de l'état de santé, et les disparités en matière de santé, au pays, sont vraiment catastrophiques.

Le RLIS de Mme Pisko-Bezruchko est des plus intéressants pour les énormes disparités en matière de santé qu'il y a là même. Nous avons la chance d'avoir parmi nous l'ancien maire de Toronto, qui vous posera quelques questions dans un moment. Je ne dis pas que c'est sa faute.

Permettez-moi de préciser ma pensée : comment pouvons-nous créer un système sur le terrain qui puisse intégrer les agences, qui puisse composer avec les sans-abri, avec la pauvreté, avec les banques alimentaires, avec l'éducation et les huit ou dix forces qui sont les déterminants de la santé? Est-ce que ce serait au moyen du secteur de la santé à lui seul, avec les centres de santé communautaires? Je ne le pense pas. Comment pouvons-nous combiner les centres de santé communautaires avec les services sociaux et les intégrer dans les écoles, et cetera?

Mme Walsh : Je pensais au RLIS de Champlain parce que vous y avez réuni des organismes de santé publique et bien d'autres encore avec le secteur de la santé. Voilà longtemps déjà que le secteur de la santé publique de l'Ontario applique l'optique des déterminants de la santé et s'intéresse au lieu de travail, au secteur de l'éducation, qu'il travaille avec les sans-abri et quoi encore. C'est ce genre d'infrastructure, un mécanisme de collaboration, qui fait que les gens s'unissent et appuient cette planification.

L'autre problème, c'est alors les ressources qui seront investies dans ces autres aspects dont vous avez parlé, parce que si on regarde les chiffres, au Canada, nous investissons dans les stratégies qui s'efforcent de prévenir la maladie et de promouvoir la santé entre 2 à 3 p. 100 de ce qui est investi dans les soins de santé. C'est un déséquilibre phénoménal.

L'autre chose que je voulais dire, c'est que je pense qu'en Ontario, bien des collectivités voient aussi dans l'école une plateforme importante pour rayonner dans la communauté et fournir une gamme de services. C'est quelque chose que nous observons en Ontario, la manière dont le ministère de l'Éducation intègre diverses initiatives par l'intermédiaire de l'école qui tient aussi lieu de carrefour communautaire.

Mme Pisko-Bezruchko : Depuis deux ans que je suis au RLIS, l'une des choses que j'aurais à dire, c'est qu'il nous faut une combinaison d'approches : il nous faut l'approche du style descendant, et aussi une approche ascendante, en plus de quelque chose d'intermédiaire. Nous nous sommes beaucoup concentrés sur l'approche descendante, et nous avons donné beaucoup d'attention aux voix les plus fortes dans notre société, et il est temps de vraiment laisser la population s'exprimer. C'est une part du mandat des RLIS.

Notre raison d'être, c'est l'engagement communautaire, travailler avec le public, nous assurer que ces voix et ces besoins soient entendus, que les citoyens aient voix au chapitre des décisions sur le système qu'ils souhaitent avoir. Ils disent clairement, dans notre RLIS qu'ils ne veulent pas seulement

system, it is healthy neighbourhoods, healthy communities. It is a very broad picture that Ontarians bring to the table. They do not think in terms of the traditional health care system when they start talking about their health. They talk about their families. The majority of them are the caregivers in our society. For seniors, 80 per cent of the caregivers are family and friends. They are not paid workers. They bring that bigger picture to the table and we need to keep listening to them and try to build their ideas into the system.

Ms. Walsh mentioned earlier that the Ministry of Health in Ontario is coming up with a 10-year plan. It is important that we have a longer-term vision for where we want to go. We hear over and over again that we have been talking about this, and I think Dr. Pipe has said this as well; we have talked about it and talked about it, but we need something that crosses political agendas, crosses terms, if I can put it that way, that are longer. We need something that will really excite people and make them want to mobilize and come together.

One of the things that we are doing in our LHIN now is working on an aging-at-home strategy, which the government has announced; the Minister of Health announced a \$700-million strategy. Part of that strategy is very exciting. It is building on grassroots organizations and the volunteerism that exists within our communities now, starting to look at what they are doing and building new ways of caring for people, supporting in this case seniors in the community.

We need to bring to bear the partnerships and the collaborations that I think all three of us have talked about, not only at a government level or not only in the traditional health care system or social services system, but all the other people. It will take multiple levels of government. I am not sure how you get there but I think, in Ontario anyway, we recognize that the federal government has to work in partnership with the provincial government.

One of the things I see as really important for helping us get an integrated system is electronic technology, information systems, to help people navigate through what is a really complicated system; not just health services but also the social services.

I am sorry I took so long to say that, but I feel passionate about it. The time is right for action. There are many pieces positioned well and we can really make some progress.

Dr. Pipe: We have a major challenge in terms of public education. While I think we are all agreed on the wisdom of the kind of approach that we have been supporting; I am not sure that the public is necessarily there yet. I think that notwithstanding our experience in some sectors, the public still equates health with access to health care facilities and health care

qu'un système de santé, mais un système de santé et de services sociaux, ce sont des quartiers sains, des collectivités saines. C'est une vaste perspective que les Ontariens apportent dans le débat. Ils ne pensent pas en termes de système traditionnel de soins de santé quand ils commencent à parler de leur santé. Ils parlent de leur famille. La majorité d'entre eux sont des soignants dans notre société. Quatre-vingt pour cent des soignants des aînés sont des membres de leur famille ou des amis. Ce ne sont pas des travailleurs rémunérés. Les Ontariens apportent cette perspective plus exhaustive dans le débat, et nous devons continuer de les écouter et essayer d'intégrer leurs idées au système.

Mme Walsh a dit plus tôt que le ministère de la Santé de l'Ontario va proposer un plan décennal. Il est important d'avoir une vision à plus long terme de l'objectif qu'on veut atteindre. Nous entendons tellement dire qu'on en a beaucoup parlé, et je crois d'ailleurs que le Dr Pipe l'a dit aussi; nous en avons parlé interminablement, mais il nous faut quelque chose qui se retrouve dans tous les programmes politiques, dans tous les mandats, et si je peux m'exprimer ainsi, qui vise plus loin. Il nous faut quelque chose qui stimulera vraiment les gens, qui les poussera à se mobiliser et à s'unir.

Il y a une chose que nous faisons, actuellement, dans notre RLISS, et c'est que nous travaillons sur une stratégie du vieillissement à domicile, que le gouvernement a annoncée; le ministre de la Santé a annoncé une stratégie à laquelle il a réservé 700 millions de dollars. Une part de cette stratégie est vraiment excitante. Elle s'appuie sur les organismes populaires et le bénévolat qui existent au sein de nos collectivités actuellement, en commençant par regarder ce qu'ils font pour ensuite concevoir de nouveaux moyens de s'occuper des gens, d'aider, dans ce cas-ci, les aînés dans la communauté.

Il nous faut rassembler les partenariats et les collaborations dont nous avons parlé tous les trois, je crois, non seulement au niveau gouvernemental ou au niveau des systèmes conventionnels de santé ou de services sociaux, mais aussi toutes les autres personnes. Il faudra l'apport de multiples niveaux de gouvernement. Je ne sais pas exactement comment nous pouvons y parvenir, mais je pense qu'en Ontario, en tout cas, nous reconnaissons que le gouvernement fédéral doit travailler en partenariat avec le gouvernement provincial.

L'une des choses que j'estime vraiment importantes pour nous aider à créer un système intégré, c'est la technologie électronique, les systèmes d'information, pour aider les gens à naviguer dans ce qui se trouve à être un système vraiment complexe; pas seulement les services de santé, mais aussi les services sociaux.

Pardonnez-moi d'avoir pris tellement de temps pour dire tout cela, mais vous voyez que ce sujet me passionne. Le moment d'agir est venu. Bien des éléments sont bien positionnés, et nous avons la possibilité de faire de véritables progrès.

Dr Pipe : Nous avons un énorme défi à relever, en ce qui concerne l'éducation du public. Bien que je pense que nous nous entendons tous sur le bien-fondé du genre d'approche que nous avons appuyé jusqu'ici, je ne suis pas sûr que le public en soit nécessairement à ce point-là. Je pense qu'en dépit de notre expérience dans certains secteurs, aux yeux du public,

professionals. I am not sure that when I go back to my hometown of Avonmore, Ontario, which is near Cornwall, that the kind of conversations that I am likely to have with people on the street will necessarily reflect an appreciation or understanding of the social determinants of health. We have a huge challenge to put this into perspective. A huge agency like the Public Health Agency of Canada can be very helpful in trying to stimulate the kind of discourse that will be necessary.

Ms. Pisko-Bezruchko has already mentioned that we need to stimulate longer term horizons in terms of political thinking. We must try to encourage our politicians, whom I admire. The task they do is unbelievable and the thanks they get are minimal, but we have to encourage them to take more than a short-term electoral cycle perspective. We need to try, if possible, to de-emphasize the back door approach to health policy through making partisan issues out of things that relate to access-to-care issues. I do not mean in the broad sense, but they immediately score some political points on these kinds of questions.

There must be an elevation of public consciousness. That will also be assisted by the changing demographics. As more of my generation become involved in caring for our parents, we will, all of a sudden, understand the importance and necessity of the integrated services, which our European colleagues have taken for granted for decades.

Finally, there are the information systems. I am embarrassed when I go outside this country and look at the information systems to which my colleagues in other health systems have access. We have gerbil-powered information systems in many of our institutions in Canada. If we are to manage chronic diseases, we need the ability to address and assess an array of factors that will simply not be possible unless we have information management tools like a universal electronic medical record at our disposal.

Senator Eggleton: Thank you very much for your presentations. I will try to get a few quick questions in here.

Ms. Walsh, you have outlined in your presentation what the Ontario government is doing in areas that relate to the social determinants of health. You have talked about the health care system, as is always part of it, but also the education system, tobacco control and the cabinet committee that is dealing with poverty reduction headed by Minister Matthews. These things seem typical to what government does. It does it in a silo context: vertical, up and down. How do you bring about coordination of all these? How do you bring about a coordinated set of priorities and strategy to deal with all these social determinants of health in some comprehensive context, as opposed to the traditional silo method?

Ms. Walsh: I am thinking about the interministerial committee we had on healthy living. When the Ontario Ministry of Health Promotion was created two years ago, part of the mandate of our

la santé, c'est l'accès aux établissements de soins de santé et aux professionnels de la santé. Je ne suis pas sûr, quand je retournerai dans ma ville d'Avonmore, en Ontario, près de Cornwall, que le genre de conversation que j'aurai sûrement avec des passants dans la rue reflètera nécessairement l'appréciation ou l'entendement des déterminants sociaux de la santé. Nous avons d'énormes défis à relever pour mettre ces aspects en perspective. Une énorme organisation comme l'Agence de santé publique du Canada peut faire beaucoup pour aider à stimuler le genre de discours qu'il faudra faire.

Mme Pisko-Bezruchko a déjà dit qu'il nous faut stimuler les horizons à plus long terme, dans la réflexion politique. Nous devons essayer d'encourager nos politiciens, que j'admire. La tâche qu'ils assument est phénoménale, et ils ne reçoivent qu'un minimum de remerciements, mais nous devons les encourager à viser plus loin que le cycle électoral à court terme. Nous devons nous efforcer, si c'est possible, de moins mettre l'accent sur l'approche discrète en matière de politiques de santé en faisant des enjeux partisans des questions liées aux problèmes d'accès aux soins de santé. Je ne dis pas cela dans le sens général, mais il y a des points politiques à marquer immédiatement avec ce genre de questions.

Il faut parvenir à élever la conscience publique. L'évolution démographique y contribuera. Tandis que de plus en plus de gens de ma génération devront s'occuper de nos parents, nous ne pourrons, soudainement, que comprendre l'importance et la nécessité de services intégrés, que nos collègues européens tiennent pour acquis depuis des dizaines d'années.

Enfin, il y a les systèmes d'information. Je suis gêné, quand je sors du pays, de voir les systèmes d'information auxquels mes collègues d'autres systèmes de santé ont accès. Nous avons des systèmes d'information archaïques dans bon nombre de nos établissements du Canada. Si nous voulons gérer les maladies chroniques, il nous faut pouvoir examiner et évaluer un éventail de facteurs, ce qui ne sera tout simplement pas possible à moins d'avoir à notre disposition des outils de gestion de l'information, comme un fichier médical électronique universel.

Le sénateur Eggleton : Merci beaucoup pour vos présentations. Je vais essayer de poser rapidement quelques questions.

Madame Walsh, vous avez parlé dans votre présentation de ce que fait le gouvernement de l'Ontario dans des domaines relatifs aux déterminants sociaux de la santé. Vous avez parlé du système de soins de santé, qui en fait comme toujours partie, mais aussi du système d'éducation, de la lutte contre le tabagisme et du comité du Cabinet qui se penche sur la réduction de la pauvreté, sous la direction du ministre Matthews. Ces démarches semblent typiques de ce que fait le gouvernement. Il fait dans un contexte cloisonné: vertical, ascendant et descendant. Comment proposez-vous de coordonner tout cela? Comment formuler une série coordonnée de priorités et une stratégie pour composer avec tous ces déterminants sociaux de la santé dans un contexte global, par opposition à la méthode cloisonnée traditionnelle?

Mme Walsh : Je pense au comité interministériel que nous avons sur le mode de vie sain. Quand le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario a été créé, il y a deux ans,

minister was to create an interministerial committee that allowed our minister to look across the provincial government and see what other ministries were doing. It was a chance to create that inventory and to address how to better coordinate it. Coming out of that, we created various initiatives such as the healthy schools framework and the fruits and vegetable initiative that I talked about earlier. We are looking with the new minister at a new mandate. That is, what kind of system can we support that will bring together the cross-government planning? I am not as familiar with the poverty committee because it is just getting under way, but my sense is that is how the government is looking at it, namely as a vehicle to use that lens across various investments and initiatives to see how those different activities can provide opportunities for Ontarians and lift them out of poverty.

Senator Eggleton: You are saying there is some coordination. What about at levels below the ministerial level or the central Government of Ontario level, the LHIN, for example, or other entities. Is there a message going from the government to them, from the premier to them, saying that we want you to take into consideration all of these social determinants of health; that is, a population health approach? Are they being encouraged to do that?

Ms. Walsh: I am not in the Ministry of Health but they have created a new equity office. That office has started to look at what kind of plans can be put in place that looks at the health and social side. That equity office has brought together officials from across Ontario who must start using that lens. Again, it is early days. I can provide you with a contact name and information for the kind of work that is happening. That is a very exciting development because it is working at an official's level.

Senator Eggleton: Let me move over to Ms. Pisko-Bezruchko. I think I have some understanding of the LHINs, but I am not sure if it is correct. Who makes up the LHIN? Who comes to the meetings?

Ms. Pisko-Bezruchko: To our board meetings?

Senator Eggleton: Yes.

Ms. Pisko-Bezruchko: Our board meetings are comprised of appointed individuals from within the community. They are appointed through order-in-council by the provincial government.

Senator Eggleton: They are not necessarily representing the stakeholders such as the hospitals?

Ms. Pisko-Bezruchko: No; they do not. They represent the community itself. Currently, our board has three vacancies. They are recruiting with an interest to reflect the diversity of our community.

un élément du mandat de notre ministre consistait à créer un comité interministériel qui lui permettrait d'examiner le gouvernement provincial pour voir ce que faisaient d'autres ministères. C'était une chance de créer cet inventaire et de trouver des moyens de mieux le coordonner. Au bout du compte, nous avons créé diverses initiatives, comme le programme des Écoles en santé, et celui des fruits et légumes dont j'ai parlé tout à l'heure. Nous envisageons un nouveau mandat avec le nouveau ministre. Nous nous interrogeons sur le genre de système que nous pouvons appuyer, qui unifiera la planification dans tout le gouvernement. Je ne connais pas très bien le comité sur la pauvreté, parce qu'il vient seulement de se mettre au travail, mais j'ai l'impression que c'est ainsi que le gouvernement le voit, c'est-à-dire comme un véhicule pour imprimer cette optique à tous les investissements et initiatives divers, dans le but de voir comment ces différentes activités peuvent ouvrir des portes aux Ontariens et les sortir de la pauvreté.

Le sénateur Eggleton : Vous dites qu'il y a certaine coordination. Qu'en est-il des échelons inférieurs au niveau ministériel ou au niveau du gouvernement central de l'Ontario, comme les RLISS, par exemple, ou d'autres entités? Est-ce qu'un message passe entre le gouvernement et eux, un message du premier ministre, disant nous voulons que vous teniez en compte tous ces déterminants sociaux de la santé; c'est-à-dire, que vous ayez une approche axée sur la santé de la population? Est-ce qu'ils sont encouragés à le faire?

Mme Walsh : Je ne suis pas au ministère de la Santé, mais il a créé un nouveau Bureau de l'équité. Celui-ci a commencé à étudier le genre de plan qui peut être mis en place pour examiner la question de la santé en rapport avec l'élément social. Ce Bureau de l'équité a rassemblé des fonctionnaires de partout en Ontario qui doivent commencer à appliquer cette optique. Là encore, c'est tout nouveau. Je peux vous donner les coordonnées d'une personne-ressource, et des renseignements sur le genre de travail qui se fait. C'est très intéressant, parce que ce sont des fonctionnaires qui y travaillent.

Le sénateur Eggleton : Permettez-moi de m'adresser maintenant à Mme Pisko-Bezruchko. Je pense que je comprends un peu les RLISS, mais je ne suis pas sûr d'avoir vu juste. Qui les crée? Qui assiste aux réunions?

Mme Pisko-Bezruchko : À nos réunions du conseil d'administration?

Le sénateur Eggleton : Oui.

Mme Pisko-Bezruchko : Nos conseils d'administration sont composés de personnes qui y sont nommées, des membres de la collectivité. Ils sont nommés par décret, par le gouvernement provincial.

Le sénateur Eggleton : Ce ne sont pas nécessairement des représentants des intervenants comme les hôpitaux?

Mme Pisko-Bezruchko : Non, pas du tout. Ils représentent la collectivité elle-même. Actuellement, notre conseil a trois postes vacants. Le recrutement se fait de manière à refléter la diversité de notre communauté.

Senator Eggleton: My impression of the LHIN is that it has been primarily focused on health care professionals or the institutions, the hospitals, et cetera, looking for money and that entire sort of stuff. You have a lot of big hospitals in the central LHIN, but you mentioned homelessness about three times. What do you do specifically, or what do you see as being done specifically on homelessness? Is it something that is a topic of discussion frequently at the LHIN meetings as opposed to talking about hospitals all the time?

Ms. Pisko-Bezruchko: Absolutely. Our board has created a special task force, a committee of the board that consists of board staff, as well as experts from within the community. They have appointed a special adviser from a community-based research organization in Toronto to develop a plan for the LHIN. We will be focusing on health disparities as a very important aspect of the work that we do. The board is very clear that, while accountability for the \$4 billion that we have as part of the health care system is very important, we must work to address the health outcomes or health status of the population that we serve. We know that we have very disadvantaged populations within the Toronto central LHIN. We also know that they disproportionately use health care services because of the adverse conditions in which they live, for example, or sometimes because of their genetic make-up or other issues due to their own personal circumstances. We are trying to focus on those who most need better access to health care systems so that we can start reducing the pressure on the acute care sector, for example. The acute care sector is the most expensive part of the traditional health care system, as contrasted to community-based services. If we build up the capacity of the community-based sector, it will relieve or depressurize the acute care sector.

Senator Eggleton: That really sounds good. I am really impressed with that. Are the other LHINs doing the same thing — not necessarily homelessness, but whatever else in that LHIN might be a social issue?

Ms. Pisko-Bezruchko: Each LHIN is different in terms of the geography and the population it has, so there are different focuses. I hear more and more from my colleagues that a population health lens and perspective is important in their work.

Senator Eggleton: Thank you, Dr. Pipe, this developing crisis on chronic disease certainly gets a lot of attention these days in the media. What do we get the federal government to do about it? We have had some smoking control programs for a while, but for obesity and inactivity, what do you think the federal government can do to advance the cause there?

Dr. Pipe: We still labour under the misconception that so many of these issues are the result of individual misbehaviour. I think we rather naively assume that individuals are more in control of their behaviour than, in fact, is the case. For instance, we can have

Le sénateur Eggleton : L'impression que j'ai de des LRISS, c'est qu'ils sont centrés, en premier lieu, sur les professionnels de la santé ou les institutions, les hôpitaux, et cetera, la recherche de fonds, et ce genre de choses. Il y a beaucoup de grands hôpitaux dans le LRISS central, mais vous avez parlé au moins trois fois des sans-abri. Que faites-vous précisément, ou qu'envisagez-vous de faire précisément, en ce qui concerne les sans-abri? Est-ce que c'est un sujet de discussion fréquent aux réunions des LRISS, comparativement aux débats constants au sujet des hôpitaux?

Mme Pisko-Bezruchko : Absolument. Notre conseil d'administration a créé un groupe d'étude spécial, un comité du conseil, composé de membres du conseil et d'experts de la collectivité. Il a nommé un conseiller spécial d'une organisation de recherche axée sur la communauté de Toronto pour dresser un plan pour le LRISS. Nous allons nous concentrer sur les disparités en matière de santé, qui seront un aspect très important du travail que nous faisons. Le conseil a établi très clairement que, bien qu'il soit très important de pouvoir rendre compte des 4 milliards de dollars investis dans le système de santé, nous devons nous efforcer de travailler sur les résultats en matière de santé, ou sur l'état de santé de la population que nous desservons. Nous savons que nous avons des segments de population très défavorisés au LRISS central de Toronto. Nous savons aussi qu'ils recourent de manière disproportionnée aux services de santé à cause des piètres conditions dans lesquelles ils vivent, par exemple, ou parfois à cause de leur constitution génétique ou d'autres problèmes attribuables à leur situation personnelle. Nous essayons de nous concentrer sur ceux qui ont le plus grand besoin d'accès aux systèmes de santé pour pouvoir commencer à atténuer les pressions sur le secteur des soins primaires, par exemple. Le secteur des soins primaires est le plus coûteux du système de soins de santé conventionnel, par comparaison aux services communautaires. Si nous augmentons la capacité du secteur communautaire, il soulagera le secteur des soins de santé primaires, ou atténuera les pressions sur lui.

Le sénateur Eggleton : Cela paraît très prometteur. Je suis très impressionné. Est-ce que les autres LRISS font la même chose — pas nécessairement pour les sans-abri, mais à propos de tout autre enjeu social qui pourrait relever d'un LRISS?

Mme Pisko-Bezruchko : Chaque LRISS est différent, au plan géographique et de la population qu'il dessert, alors ils ont des points de mire différents. J'entends de plus en plus mes collègues parler de l'importance que prend l'optique et de la perspective de la santé de la population dans leur travail.

Le sénateur Eggleton : Merci. Docteur Pipe, cette nouvelle crise de maladies chroniques fait certainement couler beaucoup d'encre ces jours-ci, dans les médias. Que pouvons-nous amener le gouvernement fédéral à faire à ce sujet? Nous avons eu des programmes de lutte contre le tabagisme pendant un certain temps, mais au sujet de l'obésité et l'inactivité, que peut faire le gouvernement fédéral, selon vous, pour faire avancer la cause?

Dr Pipe : Nous nous débattons encore sous les préjugés voulant que tellement de ces problèmes sont la conséquence d'un mauvais comportement individuel. Je pense que nous partons naïvement du principe que les gens ont plus de contrôle

all the health promotion messages we want about eating fruits and vegetables, but if you are a single parent with limited income and the cheapest source of calories is at a convenience store in your neighbourhood because your neighbourhood is such that a large grocery chain will not locate there, you do not have the ability or opportunity to purchase healthy food. You know where I am going with that particular argument.

It comes back to things like the public policy instruments available to us. Just as we can influence the salt content of food, we can also change the perverse economic incentives that exist to make high-calorie fructose corn syrup, one of the cheapest ingredients that our food manufacturers can use. Sweden, for instance, has changed its tax structure so that it stimulates or subsidizes the purchase of healthy fruits and vegetables by raising the taxes on unhealthy high-fat high-sodium foods with no change in government revenues but a remarkable change in the eating patterns of the population. There is a brilliant, simple, straightforward way to begin to address the obesity epidemic.

The way we design our communities is the way we ultimately design ourselves. You only have to travel 15 minutes in either direction from here and you will see the malignant spread of suburbs that you can only navigate with a mall assault vehicle, with no sidewalks, and which fail the "popsicle test." The popsicle test of urban planning is that you should be able to design a community in which a child, on a bicycle or on foot, can go to a neighbourhood store and buy a popsicle and get home before it melts. Those are the neighbourhoods in which purposeful, incidental, daily physical activity is possible.

The way we structure our cities, the way we subsidize or do not subsidize certain foodstuffs, are very powerful ways to influence the development of obesity. There are a variety of public policy instruments that allow us to get at that in those kinds of ways.

Senator Eggleton: Thank you for those answers.

Ms. Walsh: On that last question, I spoke about the pan-Canadian healthy living strategy. Federal-provincial-territorial governments worked together for several years to come up with a plan. The plan embedded the equity lens and looking at disparities and evidence. We would like to see a stronger commitment and investment to that kind of approach.

Senator Fairbairn: It is overwhelming to listen to you today with all of your backgrounds. You talked to us in a way that I personally have found easy to understand. So much of all of this subject, and in your own presentations, is not rocket science; it is common sense. You are the people who do it so well.

sur leur comportement qu'ils n'en ont en réalité. Par exemple, il peut circuler tous les messages de promotion de la santé que l'on veut sur la consommation de fruits et de légumes, mais pour un parent célibataire au revenu limité, si la source de calories la moins coûteuse est à un dépanneur de quartier parce qu'il n'y a pas de grandes chaînes d'alimentation dans ce quartier, il n'est pas tellement possible d'acheter des aliments sains. Vous savez où je veux en venir.

Tout cela revient aux éléments comme les instruments de politique publique que nous avons à notre disposition. Dans les mêmes mesures où nous pouvons influencer la teneur en sel des aliments, nous pouvons aussi modifier les incitatifs économiques pervers qui existent pour faire du fructose à haute teneur en calories avec du sirop de maïs, l'un des ingrédients les moins coûteux que nos fabricants puissent employer. La Suède, par exemple, a modifié sa structure fiscale pour stimuler ou subventionner l'achat de fruits et de légumes sains en augmentant les taxes sur les aliments malsains à haute teneur en gras et en sodium sans qu'il y ait le moindre effet sur les recettes publiques, mais cela a modifié de manière remarquable les habitudes alimentaires de la population. C'est un moyen brillant, simple et direct de commencer à faire face à l'épidémie d'obésité.

La manière dont nous concevons nos collectivités est celle dont nous nous concevons, au bout du compte. Il suffit de faire un quart d'heure dans une direction ou dans l'autre d'ici, pour constater la propagation maligne des banlieues dans lesquelles on ne peut naviguer qu'avec un petit véhicule d'assaut, dépourvues de trottoirs et qui échouent au test du « popsicle ». Le test du popsicle en planification urbaine, c'est qu'on devrait pouvoir concevoir une communauté dans laquelle un enfant, à bicyclette ou à pied, peut aller au dépanneur du coin acheter un popsicle et être rentré à la maison avant que le popsicle ait fondu. C'est le genre de quartier où l'activité physique concrète, quotidienne et valable est possible.

La manière dont nous structurons nos villes, dont nous subventionnons ou non certains aliments, sont des moyens percutants d'influencer le développement de l'obésité. Divers instruments de politique publique existent, qui nous permettent de le faire.

Le sénateur Eggleton : Merci pour ces réponses.

Mme Walsh : À propos de la dernière question, j'ai parlé de la stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Les gouvernements fédéral-provinciaux et territoriaux se sont concertés pendant plusieurs années pour dresser ce plan. Il enchaînait l'optique de l'équité et étudiait les disparités et les preuves. Nous aimerions voir un engagement et un investissement plus résolu à l'égard de ce type d'approche.

Le sénateur Fairbairn : Il est réjouissant de vous entendre aujourd'hui, avec vos expériences si diverses. Vous nous avez parlé d'une manière que, personnellement, j'ai trouvée facile à comprendre. Toute cette question relève en si grande partie, et vous l'avez fait comprendre dans vos présentations, du simple bon sens et non de la science. Vous êtes de ceux qui le font si bien comprendre.

When we listen to you, we can see the health problem. You can hear it, you can see it, and you can turn a coin and see what got it there. You have talked about smoking; you have talked about lack of activity; you have talked about obesity. You have even talked about difficulty with learning, which is something that has been very close to my heart for a long time.

I think we all feel frustration here. The frustration is that this is not rocket science and why can we not get on with some of these programs, instead of elevating people's futures to such a level that you are leaving them behind by doing that, whether it is health, learning or whatever. Governments seem to be doing this. I am not sure that anybody around this table can give me an answer, either, as to why we, in public life, are unable to vigorously suggest the kinds of activities that could be put into the lives of the people who are having the most difficulty.

Ms. Walsh talks about the report of the Health Council of Canada and the disparity between groups in Canadian society, a gap that must be reported and highlighted, and you say this is a difficult message to get across in the current environment where the public is preoccupied with funding for health care, but it needs to be done.

Why is it that we, who sit on Parliament Hill, cannot seem to pull together as an institution, including a government, an opposition, the whole thing? Why is it so difficult to get this message through to people who are in a position to change it, yet it does not easily happen? I must say this particular committee, over the past few years, has probably done one heck of a lot in getting off Parliament Hill and going out into the country and getting messages out.

What do you see as your biggest barriers to getting to what is so vividly obvious? What is it that stops when you come to governments and programs and things like that? They may sound great on paper, but are not a reality for people who are having the difficulties and who need help.

Ms. Walsh: Most people think: What does this have to do with me and how does it affect me? I was thinking about healthy child development and how 15 years ago there was very little investment at the provincial and federal levels around healthy child development. You might remember champions like Fraser Mustard.

Senator Fairbairn: Absolutely; God bless the man.

Ms. Walsh: He began translating into messages that were easily understandable. Most important, he reached out to the non-traditional sector, business leaders. How does this affect the economy? How does this affect Canada's prosperity? We have to find a way to take these terms that are jargon and that present a barrier. What does health promotion mean? It is not intuitive. What is population health? We have a barrier around our language. We need to find a way to reach out to sectors that

À vous écouter, nous pouvons cerner le problème de santé. Il est possible de l'entendre, de le voir et puis de tourner la médaille, et de voir à l'endos comment nous en sommes arrivés là. Vous avez parlé de tabagisme; vous avez parlé de manque d'activité, vous avez parlé d'obésité. Vous avez même parlé de difficultés d'apprentissage, un sujet qui me tient beaucoup à cœur depuis très longtemps.

Je pense que nous ressentons tous de la frustration, ici. La frustration vient du fait que ce n'est pas une science inapprochable, alors qu'est-ce qui nous empêche de réaliser certains de ces programmes, plutôt que de chercher à créer pour la population un avenir si élevé qu'on la laisse derrière ce faisant, que ce soit au plan de la santé, de l'apprentissage ou quoi que ce soit d'autre. On dirait que c'est la faute des gouvernements. Je ne sais pas si quiconque, autour de cette table, peut me dire, aussi, pourquoi nous, gens publics, sommes incapables de suggérer fermement le genre d'activités qui pourraient être intégrées à la vie des gens qui éprouvent le plus de difficulté?

Mme Walsh parle d'un rapport du Conseil canadien de la santé, et des disparités entre groupes de la société canadienne, une inégalité qu'il faut dénoncer et faire ressortir, et vous dites que c'est un message difficile à faire passer dans le contexte actuel où le public se préoccupe du financement des soins de santé, mais il faut néanmoins le faire.

Comment se fait-il que nous, qui siégeons sur la Colline parlementaire, ne semblons pas pouvoir nous unir en tant qu'institution, avec un parti au pouvoir, des partis de l'opposition et tout le reste? Pourquoi est-il si difficile de faire passer le message à des gens qui sont en mesure de changer les choses, et qui pourtant, font trop peu? Je dois dire que ce comité-ci, depuis quelques années, a certainement fait beaucoup pour sortir du Parlement et aller sillonner le pays, pour faire passer le message.

Quels sont, selon vous, les plus grands obstacles à un objectif si clairement nécessaire? Qu'est-ce qui freine les gouvernements, les programmes, ce genre de choses? Sur papier, tout a l'air parfait, mais ce n'est pas la réalité pour les gens qui sont en difficulté et ont besoin d'aide.

Mme Walsh : La plupart des gens pensent : en quoi est-ce que cela me concerne, en quoi est-ce que cela me touche? Je pensais justement au développement d'un enfant en santé, et comment il y a 15 ans, les gouvernements provinciaux et fédéraux investissaient tellement peu dans le développement sain des enfants. Vous vous rappelez sûrement des champions comme Fraser Mustard.

Le sénateur Fairbairn : Absolument, Dieu le bénisse.

Mme Walsh : Il a commencé à traduire les messages pour les rendre faciles à comprendre. Plus important encore, il a tendu la main au secteur non traditionnel, les dirigeants d'entreprises. Quels en sont les effets sur l'économie? Quels en sont les effets sur la prospérité du Canada? Il nous faut trouver un moyen d'éliminer les termes qui ne sont que du jargon et qui forment des obstacles. Qu'est-ce que la promotion de la santé? Ce n'est pas intuitif. Qu'est-ce que la santé de la population? Nous avons une

traditionnellement n'ont pas pensé ou s'y sont pas intéressés, et cerner les effets qu'il pourrait y avoir sur la compétition mondiale pour le talent; en quoi cela touche-t-il les collectivités dans lesquelles on vit? Peut-être pouvons-nous trouver des champions qui pourraient facilement faire passer ces messages. Quand le rapport Romanow a été publié, il y avait un tout petit paragraphe qui traitait de ce genre de problèmes. Récemment, Roy Romanow est venu prononcer une allocution à une conférence que nous avions à notre ministère, et je lui ai demandé si ce chapitre était une tentative pour expliquer aux Canadiens : « Voilà, j'ai fait ce qu'il faut pour expliquer le système de soins de santé, mais le point crucial, c'est qu'il faut examiner les causes fondamentales qui font que les gens deviennent malades, et qui le devient ». Il a réfléchi à ce chapitre non écrit. Il serait bon maintenant que vous l'écriviez. C'est la même chose avec le rapport Kirby. Il y avait un endroit où on lisait que c'était un problème très complexe, sans vraiment offrir de réponse. Ceci est une chance de rédiger ce chapitre non écrit, et que des tas de champions aillent faire une percée dans les secteurs non traditionnels.

Fraser Mustard a ouvert bien des portes pour d'autres qui étaient des champions de programmes d'appui au développement de l'enfance et qui n'arrivaient pas à obtenir l'accès ou à attirer l'attention, rien qu'en présentant cette analyse.

En Ontario, par exemple, grâce au leadership de Sheela Basur, elle est allée voir ses collègues du ministère du Travail et a dit « Créons une table autour de laquelle nous réunirons des représentants des entreprises et les syndicats pour amorcer un dialogue sur la constitution de milieux de travail sains ». Plusieurs dirigeants d'entreprise ont reconnu que si on pouvait préserver la santé de l'effectif, cela aurait une incidence sur leur bilan. Et pourtant, la plupart des milieux de travail n'ont toujours pas de programme exhaustif de santé au travail. Je me demande déjà depuis un certain temps comment on peut tendre la main au-delà des secteurs traditionnels qui se préoccupent de la santé et des enjeux sociaux, vers le secteur des affaires, pour faire comprendre l'incidence que ces enjeux peuvent avoir sur la prospérité du Canada.

Le sénateur Fairbairn : Nous sommes dans une société, maintenant, où l'apprentissage revêt une importance absolument fondamentale. Cependant, pour une raison ou une autre, le gouvernement et d'autres segments de la société ont négligé tout l'aspect de l'alphabétisation, à quelque niveau que ce soit, qui aide la population dans le quotidien.

Le sénateur Fairbairn : Nous sommes dans une société, maintenant, où l'apprentissage revêt une importance absolument fondamentale. Cependant, pour une raison ou une autre, le gouvernement et d'autres segments de la société ont négligé tout l'aspect de l'alphabétisation, à quelque niveau que ce soit, qui aide la population dans le quotidien.

Vous avez parlé de Fraser Mustard, Dieu le bénisse. Il était à l'Université de Lethbridge il y a trois ans, pour parler de ce sujet, et de la nécessité de se mettre à l'œuvre dès le moment où naît l'enfant. De là, on peut espérer pouvoir créer toute une génération d'êtres capables de grimper cette échelle et de comprendre le genre de choses dont vous parlez. Il y a eu un certain laisser-aller depuis quelques années, aussi.

Vous avez parlé de Fraser Mustard, Dieu le bénisse. Il était à l'Université de Lethbridge il y a trois ans, pour parler de ce sujet, et de la nécessité de se mettre à l'œuvre dès le moment où naît l'enfant. De là, on peut espérer pouvoir créer toute une génération d'êtres capables de grimper cette échelle et de comprendre le genre de choses dont vous parlez. Il y a eu un certain laisser-aller depuis quelques années, aussi.

Vous avez parlé de Fraser Mustard, Dieu le bénisse. Il était à l'Université de Lethbridge il y a trois ans, pour parler de ce sujet, et de la nécessité de se mettre à l'œuvre dès le moment où naît l'enfant. De là, on peut espérer pouvoir créer toute une génération d'êtres capables de grimper cette échelle et de comprendre le genre de choses dont vous parlez. Il y a eu un certain laisser-aller depuis quelques années, aussi.

Vous avez parlé de Fraser Mustard, Dieu le bénisse. Il était à l'Université de Lethbridge il y a trois ans, pour parler de ce sujet, et de la nécessité de se mettre à l'œuvre dès le moment où naît l'enfant. De là, on peut espérer pouvoir créer toute une génération d'êtres capables de grimper cette échelle et de comprendre le genre de choses dont vous parlez. Il y a eu un certain laisser-aller depuis quelques années, aussi.

Vous avez parlé de Fraser Mustard, Dieu le bénisse. Il était à l'Université de Lethbridge il y a trois ans, pour parler de ce sujet, et de la nécessité de se mettre à l'œuvre dès le moment où naît l'enfant. De là, on peut espérer pouvoir créer toute une génération d'êtres capables de grimper cette échelle et de comprendre le genre de choses dont vous parlez. Il y a eu un certain laisser-aller depuis quelques années, aussi.

What can we do in a simple way — with our friends in Parliament, in government, in all the parties — to put things in a very vivid way, so that they will not say “Well, you do not need to worry about that”? What is the biggest thing we have to worry about, other than children?

Ms. Pisko-Bezruchko: I am not sure why everyone is looking at me, but I think I alluded to E-health and the need for a common platform for an enabler to help us learn more about the population that we have in Canada; to connect the dots for people to help them access the system and get the care they need when they need it. Right now, there are many people who do not know where to turn for help.

We need to reach out into neighbourhoods to engage people on the street — the neighbours, the friends, the family — to help them understand and reach out and support their friends and neighbours. Again, it is getting back to the grassroots kind of perspective.

Just as a microcosm kind of example, when we started our community engagement in the Toronto Central LHIN, because it was so big we divided the area up into relatively homogenous, socio-economic neighbourhoods. We gathered a lot of information about those neighbourhoods and we took a little one-page fact sheet to people. We said “Here is what the neighbourhood looks like; here are your health behaviours and here is what you look like in terms of your education,” and so on. People said, “Wow, we did not know that about ourselves; can you give us more of this kind of thing?”

Part of the method is engaging people in the discussion and making it real to them. To make it real to them, you cannot give them data and information at a Canadian level. It has to be in their neighbourhood, and it has to involve their grocery store, their pharmacy, their banker — all those non-traditional people that we were talking about today — to start having a very different kind of conversation about what health care is or what health means to people in Ontario and in Canada.

Dr. Pipe: I think there is a real challenge in enhancing public understanding of these factors. There is a slide that I often show, which looks at the reduction in mortality from tuberculosis over 135 years; it went from here down to here. The interesting thing was that it was about here before we even realized what caused tuberculosis; and it was here before we found out any way to intervene to treat or prevent tuberculosis. It makes very powerfully the connection between social environment and health, because it was changes in the urban environment — civil engineering, access to food, an overall level of economic well-being — that contributed to the reduction in that disease. You could superimpose all of the diseases of the late 19th and early 20th century on the graph.

— Que pouvons-nous faire, simplement — avec nos amis du Parlement, du gouvernement, de tous les partis — pour rendre tout cela très clair, pour qu'ils ne disent pas « Laissez, vous n'avez pas à vous en inquiéter »? De quoi devrions-nous le plus nous inquiéter, à part les enfants?

Mme Pisko-Bezruchko : Je ne sais pas exactement pourquoi tout le monde me regarde, mais je pense avoir parlé de la cybersanté et de la nécessité d'une plate-forme commune, d'un outil habilitant qui nous aide à mieux nous informer sur la population que nous avons au Canada; pour créer les liens afin d'aider les gens à accéder au système et à obtenir les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Actuellement, bien des gens ne savent pas vers qui se tourner pour obtenir de l'aide.

Il faut rayonner dans les quartiers pour engager les passants dans la rue, les voisins, les amis, la famille — pour les aider à comprendre leurs amis et voisins, et à leur tendre la main. Là encore, on revient à une perspective qui part de la base.

C'est un peu un exemple de microcosme. Quand nous avons lancé notre initiative d'engagement communautaire au RLIS de Toronto Centre, comme le secteur était tellement vaste, nous l'avons divisé en quartiers socioéconomiques relativement homogènes. Nous avons rassemblé beaucoup de renseignements sur ces quartiers et nous avons distribué une petite feuille de faits saillants. Nous avons dit « Voici une description du quartier; voici vos comportements en matière de santé, et voici votre portrait, en termes d'éducation », et cetera. Les gens disent « Eh bien, nous n'en savions pas tant à notre sujet; pouvez-vous nous en dire plus? »

La méthode consiste en partie à engager la population dans le débat et à le rendre concret pour eux. Pour qu'il soit concret, on ne peut pas leur donner des données et des renseignements au niveau canadien. Il faut que ces données concernent leur quartier, leur magasin d'alimentation, leur pharmacie, leur banque — tous ces éléments non traditionnels dont nous parlons aujourd'hui pour commencer à avoir un débat très différent sur la nature des soins de santé, ou ce que signifie la santé pour les gens de l'Ontario ou du Canada.

Dr Pipe : Je crois que c'est un véritable défi que d'enrichir la notion qu'a le public de ces facteurs. Il y a une diapositive que je montre souvent, qui illustre la réduction de la mortalité attribuable à la tuberculose sur une période de 135 ans; elle est allée de là à ici. Ce qui est intéressant, c'est qu'elle était à peu près à ce niveau-ci avant que nous cernions les causes de la tuberculose; et il a fallu qu'elle se rende jusque-là avant qu'on trouve un moyen d'intervenir pour traiter ou prévenir la tuberculose. Cela démontre de manière percutante le lien entre le milieu social et la santé, parce que ce sont des changements apportés dans le milieu urbain — le génie civil, l'accès aux aliments et le niveau général de bien-être économique — qui ont contribué à réduire l'incidence de cette maladie. On pourrait superposer toutes les maladies de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècles sur ce graphique.

Similarly, when people hear the story of Dr. John Snow, who eliminated the cholera epidemic in London by dismantling the pump that was spewing out infected water, they immediately understand the connection between the environment and a particular health problem. They need to make the same kind of connection to some of the other issues which now influence and affect our social and physical environment.

I am a Fraser Mustard disciple, like most of us around this room, I suspect. I think he would say if you want to have the greatest return on investment, have healthy mothers and healthy young children. You will then have a safe and healthy society. The degree to which you address the inequities between the richest and the poorest in your societies is the degree to which you will produce the healthiest, safest, and arguably the most civil society. Those are difficult messages to sell to people of various political persuasions, so there is a challenge for us there.

Senator Fairbairn: There is a challenge for us, too. Each one of us has an opportunity, wherever we live in Canada, to learn a lot of things through what we do — just as we are learning today. It is a question almost of things becoming so scientific. You can see it with all of the numbers that you hear right across Canada almost every day — that we are having a problem because we do not have a workforce that is able to take advantage of the new way of learning. That fascinating science has brought us a new way of learning, but without individuals being able to get there.

It seems to me that we must understand that better. In terms of telling people what they should do, we should be trying to tell people that things have changed; things are different. However, learning how to live their lives, how to step forward and learn how to read and eat properly and do all these other things — those are still very basic. Sometimes we get well beyond basics.

Maybe that is something that we have to learn. Are there any thoughts on that?

The Chair: We looked at the maternal health program in Cuba. Senator Cook will be next, and I do not know if she will be commenting on it or not, but it is astounding what they did there with very little.

Senator Cook: It is overwhelming for me to understand what is in front of me, simply from a numbers point of view. I come from the Province of Newfoundland and Labrador. You put more people through your system in one day than my total population. When I attempt to understand how you do what you do — forgive me, I do not mean to be flippant — I will need to sleep on it. To look for the ideal that Dr. Keon is looking at and taking us along on this journey, there are a lot of barriers or rocks along the way.

De même, quand on entend l'histoire du Dr John Snow, qui a enrayé l'épidémie de choléra à Londres en démantelant la pompe qui crachait de l'eau infectée, ils ont immédiatement saisi le lien entre l'environnement et un problème de santé particulier. Ils doivent faire le même rapport avec d'autres problèmes qui influencent et touchent maintenant notre environnement social et physique.

Je suis un disciple de Fraser Mustard, comme la plupart d'entre nous dans cette salle, j'en ai l'impression. Je pense qu'il dirait que si on veut avoir le meilleur rendement possible sur un placement, il faut avoir des mères en santé et de jeunes enfants en santé. C'est alors qu'on aura une société en santé et en sécurité. La mesure dans laquelle on comblera les disparités entre les plus riches et les plus pauvres de notre société est la mesure dans laquelle on arrivera à produire la société la plus saine, la plus sûre et, on pourrait le soutenir, la plus civile. Ce sont des messages difficiles à faire comprendre aux gens d'allégeances politiques diverses, alors c'est un défi pour nous.

Le sénateur Fairbairn : Il y a un défi pour nous aussi. Chacun d'entre nous, ici, a eu l'occasion, où que nous vivions au Canada, de beaucoup apprendre grâce à ce que nous faisons — comme nous apprenons encore aujourd'hui. C'est une question, presque, de ce que tout devient tellement scientifique. Vous pouvez le constater avec tous les chiffres qui circulent dans tout le Canada, presque chaque jour — que nous avons un problème parce que nous n'avons pas une population active capable de tirer parti des nouveaux modes d'apprentissage. Cette science fascinante nous a offert un nouveau mode d'apprentissage, mais l'individu ne peut même pas se rendre jusque-là.

Il me semble que c'est ce qu'il nous faut mieux comprendre. Quant à dire à la population ce qu'elle devrait faire, nous devrions plutôt essayer de lui faire comprendre que les choses ont changé; elles sont différentes. Cependant, l'apprentissage de la manière de vivre sa vie, de faire son chemin et d'apprendre à lire et à manger correctement, de faire toutes ces choses — ce sont encore des éléments très fondamentaux. Parfois, nous allons bien au-delà des éléments fondamentaux.

Peut-être est-ce ce qu'il nous faut apprendre. Y a-t-il des commentaires là-dessus?

Le président : Nous avons étudié le programme de santé des mères à Cuba. Ce sera au sénateur Cook de prendre la parole, et je ne sais pas si elle en parlera, mais il est fascinant de voir combien ils ont pu faire avec si peu.

Le sénateur Cook : Je me sens dépassée quand je comprends tout ce qui est présenté, de divers points de vue. Je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Vous faites passer par votre système en une journée plus de personnes que n'en a toute la population de ma province. Quand j'ai essayé de comprendre comment vous arrivez à faire ce que vous faites — pardonnez-moi, je ne veux pas vous sembler désinvolte — je me rends compte qu'il faudra que je réfléchisse. Avant de réaliser le monde idéal que recherche le Dr Keon et entreprendre ce périple, nous rencontrerons beaucoup d'obstacles ou d'ornières sur le chemin.

Dr. Pipe, you talked about everything except the food industry. How do you legislate common sense? When I was a child, I got a bag of chips; I think they were 25 cents or something. Now there are all kinds of varieties in the supermarket; and it is not the little bag now, they are big bags. They are laced with salt and they are wonderful.

How far can you go in a democracy to legislate against the food industry? Where do you begin?

Looking at it from a child's point of view, during my schooldays, I went home to lunch. Children get on buses now and they drive all day long. What do you put into a sandwich other than processed food? We are what we eat? How do we manage that?

Dr. Pipe: Thank you for your questions. It certainly is not easy, but the great triumph of the public health movement of the 20th century was the fact that it legislated standards for the food and water industries. Those standards related to quality and purity. Now our standards must, perforce, address issues such as quantity — how much salt you put in the food, for instance. You can use all of the standard political instruments and levers to influence food industry practice. It is done in other jurisdictions. I am sure we are equally as deft politicians as our Swedish colleagues. Why can we not do what people do in other places? You give incentives that favour the production of healthier foods. We are seeing this emerge in the ultimate free market community of the United States. People in places such as New York City want to regulate the density of fast food franchises.

I understand the challenges of developing public policy that affects big industry. I bear a number of scars from the tobacco wars. However, one can do ordinary things extraordinarily well by beginning to address these issues. In so doing, you influence the consumption patterns of children and mothers, and you make healthier food more accessible and more affordable.

You mentioned children walking to school. We have very unusual policies in Canada with regard to the degree that we put kids in yellow containers with wheels on each corner and move them around. Ninety-one per cent of Canadian children have bicycles; only 5 per cent of them ride them to school.

I was in Fredericton a few weeks ago, at a conference about childhood obesity. Someone said that a directive had come home from a school principal asking that children not go to schools on bicycles because the bicycles were being left in the areas where vans pulled up to drop children off. There is something very wrong with that picture.

Humans are brilliant and logical, but they are also remarkably stupid and illogical at times. Edmund Burke once said, "The challenge is to do today what men and women of intelligence and good will would wish 10 or 15 years hence had been done." We are already at levels of obesity in Ontario that were anticipated to

Docteur Pipe, vous avez parlé de tout sauf du secteur alimentaire. Comment légiférer le bon sens? Quand j'étais enfant, j'ai reçu un sac de chips; je crois qu'il coûtait 25 c. ou quelque chose comme ça. Maintenant, il y en a toutes sortes de variétés à l'épicerie; et ce ne sont plus de petits sacs, maintenant, ce sont de gros sacs. Ils sont bourrés de sel, et ils sont délicieux.

Jusqu'où peut-on aller dans une démocratie pour légiférer contre le secteur alimentaire? Par où commencer?

Si je regarde la situation du point de vue d'un enfant, quand j'étais à l'école, j'allais manger à la maison le midi. Les enfants prennent l'autobus maintenant, et ils font beaucoup de chemin. Que mettre d'autre dans un sandwich que des aliments traités? Qu'est-ce que nous pouvons manger? Comment gérer cela?

Dr Pipe : Merci pour votre question. Ce n'est certainement pas facile, mais le grand triomphe du mouvement de santé publique du XX^e siècle a été la législation de normes pour les secteurs des aliments et de l'eau. Ces normes touchent à la qualité et à la pureté. Maintenant, une norme doit, forcément, viser des aspects comme la quantité — la teneur en sel des aliments, par exemple. On peut exploiter tous les instruments et leviers politiques pour influencer les pratiques du secteur alimentaire. Cela se fait dans d'autres territoires de compétence. Je suis sûr que nous avons des politiciens tout aussi déterminés que nos collègues suédois. Pourquoi ne pouvons-nous pas faire ce que d'autres font ailleurs? Nous créons des incitatifs qui favorisent la production d'aliments plus sains. Nous en observons l'émergence dans la communauté ultime du marché libre des États-Unis. Des gens en des lieux comme New York veulent réglementer la densité des franchises de restaurants-minute.

Je comprends les défis que pose l'élaboration de politiques publiques qui touchent les grandes industries. La guerre contre le tabagisme m'a laissé plusieurs cicatrices. Cependant, il est possible de faire des choses ordinaires extraordinairement bien en commençant par s'attaquer à ces problèmes. Ce faisant, on influence les modèles de consommation des enfants et des mères, et on fait en sorte que les aliments plus sains soient accessibles et plus abordables.

Vous avez parlé des enfants qui vont à l'école à pied. Nous avons des politiques très inusitées au Canada, qui font que nous enfournons les enfants dans des conteneurs jaunes avec des roues à chaque coin de rue, pour les transporter. Quatre-vingt-onze pour cent des enfants du Canada ont des bicyclettes; seulement 5 p. 100 d'entre eux s'en servent pour se rendre à l'école.

J'étais à Fredericton il y a quelques semaines, à une conférence sur l'obésité chez les enfants. Quelqu'un a dit qu'il fallait qu'un directeur d'école donne une directive pour empêcher les enfants d'aller à l'école à bicyclette, parce que les bicyclettes étaient laissées dans des secteurs où les fourgonnettes venaient déposer des enfants. Il y a dans ce tableau quelque chose qui ne va vraiment pas.

Les humains sont brillants et logiques, mais ils sont aussi remarquablement bêtes et illogiques, parfois. Edmond Burke a dit un jour « le défi est de faire aujourd'hui ce que les hommes et les femmes souhaiteront dans dix ou quinze ans qu'elles aient été faites ». Nous avons déjà atteint en Ontario un taux d'obésité qui

occur by the year 2015. We cannot afford to wait any longer for some of these imaginative public policy interventions. I have seen the crisis and it is here.

Senator Pépin: With regard to food in schools, Quebec has passed a law that no fast food restaurant can be installed in schools and no French fries or other such food can be available in schools. I agree with what you said about bicycles, but I do not know whether I would put children in Montreal on a bicycle to go to school.

Perhaps schools could send home suggestions for lunches that parents can prepare to send to school. Is there a network in the schools for such a plan?

Dr. Pipe: I understand, and to a great extent I agree. However, we have some very real challenges. We focus upon the schools as if that is the key to influencing child behaviour. In the Champlain region, we are focusing on school-aged children, because so much of their time is spent outside the school.

Here are some unique challenges: We have the data on the incidence of obesity and inactivity in children in the Champlain region because we did our homework, and it is consistent with national levels. We have completed, but not yet released, a survey of parents in the Champlain region that asked them to tell us about their children. Not surprisingly, all the parents surveyed in the Champlain region told us that their children are not obese: that they are all vibrantly physically active. There is a remarkable disconnect between what the data tells us and what parents understand and appreciate about their own children.

There are significant educational challenges here, and some of the vehicles you have identified could be helpful in addressing them. For every complex array of problems, there is probably an array of solutions, none of which individually would suffice.

[Translation]

Senator Pépin: The implementation of health policies of course requires not only the involvement of the various governments but also of governmental organizations, of the private sector or perhaps of universities. Earlier, someone briefly mentioned the role of the federal government, so I am wondering what role the federal government may or may not have played to support or hinder the transition to a focused approach to population health in your province?

Were municipalities involved as well? Was there a resistance, shall we say, to supporting your program? Were other areas, like the private sector or universities, involved at all? If not, what else can be done to get their support?

avait été prévu pour 2015. Nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre plus longtemps certaines de ces interventions des politiques publiques créatives. J'ai constaté la crise, et elle est véritable.

Le sénateur Pépin : En ce qui concerne les aliments dans les écoles, le Québec a adopté une loi pour qu'aucun restaurant-minute ne puisse être installé dans les écoles et que celles-ci ne puissent offrir de frites ou d'autres aliments de ce genre. Je suis d'accord avec ce que vous avez dit sur les bicyclettes, mais je ne sais pas si à Montréal, je laisserais les enfants se rendre à l'école à bicyclette.

Peut-être les écoles pourraient-elles envoyer à la maison des suggestions de collations que les parents pourraient préparer pour l'école? Y a-t-il un réseau, dans les écoles, pour réaliser un plan de ce genre?

Dr Pipe : Je comprends, et je suis d'accord avec vous dans une large mesure. Cependant, de véritables défis se posent à nous. Nous nous concentrons sur les écoles comme si c'était la clé de l'influence sur le comportement des enfants. Dans la région de Champlain, nous nous concentrons sur les enfants d'âge scolaire, parce qu'ils passent tellement de temps en dehors de l'école.

Voici des défis uniques : nous avons les statistiques sur l'incidence de l'obésité et de l'inactivité chez les enfants dans la région de Champlain, parce que nous avons fait nos devoirs, et elles sont semblables au niveau national. Nous avons effectué, mais pas encore diffusé, un sondage auprès des parents dans la région de Champlain, pour leur demander de nous parler de leurs enfants. Fait peu étonnant, tous les parents sondés de la région de Champlain nous ont dit que leurs enfants ne sont pas obèses, qu'ils sont tous dynamiques et font de l'activité physique. Il y a un écart remarquable entre ce que les statistiques nous révèlent et ce que les parents comprennent et reconnaissent à propos de leurs propres enfants.

Il y a ici d'énormes défis pour l'éducation, et certains des moyens dont vous avez parlé pourraient être utiles pour relever ces défis. Pour tout éventail complexe de problèmes, il existe probablement un éventail de solutions, dont aucune ne suffirait à elle seule.

[Français]

Le sénateur Pépin : La mise en œuvre des politiques de la santé exige évidemment non seulement des interventions auprès des différents gouvernements, mais aussi auprès des organisations gouvernementales, du secteur privé ou peut-être des universités. Tantôt, quelqu'un a brièvement mentionné le rôle du gouvernement fédéral, alors je me demande quel rôle, le cas échéant, le gouvernement fédéral a-t-il joué pour appuyer ou entraver la transition vers une approche centrée sur la santé de la population dans votre province?

Les municipalités ont-elles été également impliquées? Y a-t-il eu une résistance, disons, à l'appui de votre programme? Et est-ce que différents secteurs, comme le secteur privé ou des universités, se seraient impliqués? Sinon, reste-t-il des choses à faire pour avoir leur appui?

I mention schools, universities and the various parts of the private sector, but was our federal role a good one? Should we have acted differently? Did it work at municipal level as well? What must we do to make it work?

[English]

Dr. Pipe: One of our expert panels is actually called our policy panel, and we are about to embark upon an exhaustive scrutiny of municipal and other policies that either promote or preclude the acquisition of good health, whether that is in urban planning, transportation, recreation, or other areas. In Ontario, the public health units are aligned with municipalities and are an arm of municipal government. Therefore, in our organization, all the public health units in our region are involved, so there is that engagement with municipal authorities. We will be working with housing authorities, et cetera. There is a willingness on the part of individuals within the municipal government to become involved.

Ms. Walsh: I spoke earlier about collaborative mechanisms. As an example, the federal government has supported the coming together of provinces to talk about school health. It is a minimal investment, but we are hoping it will continue because it is critical to have those kinds of networks. For example, in Ontario we are developing nutritional guidelines. We have coordinators across the country whom we can call and ask what they are doing.

These kinds of mechanisms can be very helpful. It is unhelpful when we read in a press release about something the federal government might be doing with a community. We talked earlier of thinking of health as a system and all the parts of it as opposed to fragmentation. For the federal government to work effectively with provincial governments, there needs to be respect for the fact that we are trying to create a system in the province and we must have dialogue about how federal funding programs or federal policies can support the work of the province.

We are now looking at poverty reduction strategies and it would be terrific, along with many other partners, to have the federal government work with us so that it feels like a partnership with joint planning and to have the mechanisms that facilitate that kind of conversation.

Senator Cook: You spoke about bikes being in the way of vans at the schools. I would think that the vans are dropping off children coming from daycare centres, because not many children go to school in vans.

Is there some way to influence public policy?

In larger cities than mine, mom, dad or someone drops the children off very early in the morning, and they are at the daycare or whatever you choose to call them. Then they are driven to school and spend the day there, and then they come back to the after-school program. Then they get picked up by the parents

Je parle des écoles, des universités et des différents secteurs privés, mais notre rôle au fédéral a-t-il été bon? Devrait-on agir de manière différente? Au niveau municipal, cela a-t-il fonctionné aussi? Que doit-on faire pour que cela fonctionne?

[Traduction]

Dr Pipe : L'un de nos comités d'experts, que nous appelons en fait notre comité des politiques, est sur le point d'entreprendre un examen approfondi des politiques municipales et autres qui favorisent l'atteinte d'une bonne santé ou y font obstacle, que ce soit des politiques en matière de planification urbaine, de transport, de loisirs, ou autres. En Ontario, les modules de santé publique sont harmonisés avec la municipalité, et sont une branche de l'administration municipale. Par conséquent, dans notre organisation, tous les modules de santé publique de notre région sont engagés, alors il y a collaboration avec les autorités municipales. Nous allons collaborer avec les autorités en matière de logement, et cetera. Il y a une volonté d'engagement chez les individus, au sein de l'administration municipale.

Mme Walsh : J'ai parlé plus tôt de mécanismes de collaboration. À titre d'exemple, le gouvernement fédéral a appuyé la rencontre des provinces afin qu'elles puissent discuter de la santé en milieu scolaire. Il s'agit d'un investissement minime, mais nous espérons qu'il se poursuivra, car il est essentiel d'avoir ces types de réseaux. Par exemple, en Ontario, nous élaborons des lignes directrices nutritionnelles. Nous avons des coordonnateurs partout au pays, que nous pouvons appeler pour leur demander ce qu'ils font.

Ce genre de mécanismes peut être très constructif. Il est inutile, en revanche, d'apprendre dans un communiqué de presse ce que le gouvernement fédéral peut faire avec une communauté. Nous avons parlé plus tôt de concevoir la santé comme un système et toutes ses parties, plutôt que comme des éléments fragmentés. Pour que le gouvernement fédéral puisse collaborer efficacement avec les gouvernements provinciaux, il faut respecter le fait que nous essayons de créer un système dans la province et que nous devons avoir un dialogue sur la façon dont les programmes de financement fédéraux ou les politiques fédérales peuvent soutenir le travail de la province.

Nous étudions actuellement les stratégies de réduction de la pauvreté, et il serait fantastique que le gouvernement fédéral, avec de nombreux autres partenaires, collabore avec nous pour ce qui ressemblerait à un partenariat doté d'une planification conjointe, et qu'on dispose des mécanismes qui facilitent ce genre de dialogue.

Le sénateur Cook : Vous avez parlé du cas des vélos bloquant le chemin des fourgonnettes scolaires. J'imagine que ces véhicules déposent des enfants provenant de garderies, parce que peu d'enfants se rendent à l'école en fourgonnette.

Existe-t-il un moyen d'influencer les politiques publiques?

Dans des villes plus grandes que la mienne, la mère, le père ou quelqu'un d'autre déposera ses enfants très tôt le matin à la garderie, ou quelque autre nom qu'on choisira de lui donner. Ensuite, ils seront conduits à l'école pour y passer la journée, puis retourneront au service de garde parascolaire, où les parents

after work. We need to look at where our children live and who is taking care of them. It is not only the school; there are two ends to it.

Can you see a way in which we could influence public policy with the early childhood development centres or daycares, or whatever? That is where they eat for the most part, except on weekends.

Dr. Pipe: I think you put your finger on what is an issue for a subset of Canadian children, and admittedly there are some challenges. Ms. Walsh earlier talked about making schools the hub of community services and activities. Until recently, it was the case that schools closed their doors at 3:30 and did not open them until 9:00 in the morning, and actually put padlocks on the gates around the schoolyard so that what was an open space in the gymnasiums and other facilities in the schools were essentially isolated from the community for the rest of the day.

One can do some imaginative things in terms of making sure the school becomes a hub of community program, particularly that which emphasizes physical activity, from 6:00 in the morning until 10:00 at night.

It is still the case that there are large numbers of kids who are not going to daycare, who are transported either by parents or in buses who could walk or ride to school.

One of the other challenges we face is that kids do not go out and play any more. Some of us probably terrorized our neighbourhoods on bicycles and threw hockey pucks through windows and all that sort of stuff. Your question alludes to the fact that children today often go home and are told to stay inside until the parent gets home. When that kitchen door closes, another door opens, and it is usually a refrigerator. Then kids sit mute in front of a television screen or a cathode ray tube screen, eating calories rather than being outside playing. There is a misperception that somehow our communities are unsafe for kids to play, and that is a big challenge.

There is a whole array of social forces and factors that have emerged that we must try to address. I do not think any of us have the answer to all of them, but we can be far more imaginative than in the past in getting at the challenges.

Senator Cook: It is about managing change; is it not?

Dr. Pipe: It is.

The Chair: Senator Callbeck is the former premier of Prince Edward Island, so she knows a lot about all the systems. She has had them all at her fingertips.

Senator Callbeck: We have had some experience.

viendront les chercher après le travail. Il faut que nous examinions où nos enfants vivent, et qui prend soin d'eux. Cela ne s'arrête pas à l'école; il y a aussi ce qui vient avant et après.

Voyez-vous comment nous pourrions influencer les politiques publiques en ce qui concerne les centres de développement de la petite enfance, les garderies ou autres? C'est là que les enfants se nourrissent la plupart du temps, sauf la fin de semaine.

Dr Pipe : Je crois que vous mettez le doigt sur ce qui constitue un problème pour un sous-ensemble d'enfants canadiens, et il est vrai qu'il y a des défis. Mme Walsh a parlé tout à l'heure de faire de l'école le point central des services et des activités communautaires. Jusqu'à récemment, les écoles fermaient en effet leurs portes à 15 h 30 pour ne les ouvrir qu'à 9 heures le lendemain matin, et mettaient carrément des cadenas aux grilles entourant les cours d'école, de sorte que les gymnases et d'autres installations dans les écoles étaient essentiellement isolés de la communauté pour le reste de la journée.

On peut prendre des mesures imaginatives pour faire en sorte que l'école devienne le point central des programmes communautaires, en particulier ceux qui mettent l'accent sur l'activité physique, de 6 à 22 heures.

Encore aujourd'hui, un grand nombre d'enfants ne vont pas à la garderie et se rendent à l'école en automobile, avec leurs parents, ou encore en autobus, à pied ou à vélo.

L'un des autres défis auxquels nous sommes confrontés, c'est que les enfants ne vont plus jouer dehors. Certains d'entre nous ont sans doute terrorisé leur quartier en roulant à bicyclette, en envoyant des rondelles de hockey dans les fenêtres et ce genre de choses. Votre question renvoie au fait que les enfants, aujourd'hui, rentrent à la maison et se font dire de rester à l'intérieur jusqu'à ce que le parent arrive. Lorsque la porte de la cuisine se referme, une autre porte s'ouvre, et c'est habituellement celle du réfrigérateur. Ensuite, les enfants s'assoient sans rien dire devant un écran de télévision et consomment des calories plutôt que d'aller jouer dehors. Il y a une perception erronée selon laquelle, d'une façon ou d'une autre, les collectivités ne sont pas sécuritaires pour des enfants qui jouent, et c'est une grande difficulté.

Il y a donc toute une série de forces sociales et de facteurs qui sont apparus et que nous devons essayer de contrer. Je ne pense pas que quiconque d'entre nous ait la solution à tous ces problèmes, mais nous pouvons être beaucoup plus imaginatifs que par le passé en nous attaquant aux difficultés.

Le sénateur Cook : Il s'agit de gérer le changement, n'est-ce pas?

Dr Pipe : Oui.

Le président : Le sénateur Callbeck est l'ancienne première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard, alors elle en sait beaucoup sur tous les systèmes; elle les connaît sur le bout de ses doigts.

Le sénateur Callbeck : Nous avons acquis une certaine expérience à cet égard.

You were talking about the federal and provincial governments. As we know, health is a provincial priority. Ms. Walsh, you talked about health promotion in Ontario and specific things that you have done. Then your first recommendation was that the federal government can build on these initiatives, first, by funding and, second, creating policies. What policies are you thinking about there?

Ms. Walsh: There are things in the federal domain, for example food labelling. Look at the range of levers the federal government does have around policy and have the discussion with provincial governments. As we say, here is what we are doing under diabetes and our crime disease prevention strategy. Here is what we can do in our domain, and here is what we would appreciate that you can do in yours.

In Ontario our former Chief Medical Officer of Health, Sheela Basrur, came out with a report called *Healthy Weights, Healthy Lives*. It really sounded the alarm about obesity. In that report, she specified things that the federal and local governments, the private sector, food industry, restaurants, et cetera, could do. This is the kind of thing where you look at strategies to figure out what lies in which government's and which sector's domain. The call to action is about getting all sectors engaged so it is not just about one group or another.

Senator Callbeck: Dr. Pipe, you talked about our need for more public education. Do you see the federal government playing a big role here?

Dr. Pipe: I want to be clear that when I talk about more public education, it is probably not the kind of education in the form of exhortation, telling people to get out and do more of this or that. We need the kind of education that raises the consciousness about the issues and the factors which actually shape the health of communities as opposed to, "Just do it!" or those kinds of exhortations.

Nonetheless, the federal government can be very helpful in the way it uses its abilities to mount demonstration projects, to conduct pilot projects in a number of different provinces, assessing the effectiveness and validity of those approaches in different populations in different settings. It can make strategic use of the federal resources which it provides to provinces in terms of putting conditions upon certain forms of federal funding.

For instance, if you are funding certain forms of urban infrastructure, a certain percentage should be given over to ensuring that active personal transportation is facilitated or encouraged by the way in which you design or build a particular community. There are all of those kinds of approaches, which is where the federal government can play a very intriguing role.

Vous parliez des gouvernements fédéral et provinciaux. Comme nous le savons, la santé est une priorité provinciale. Madame Walsh, vous avez parlé de la promotion de la santé en Ontario et des mesures précises que vous avez prises. Ensuite, votre première recommandation consistait à ce que le gouvernement fédéral renforce ces initiatives, en premier lieu par un financement et, en deuxième lieu, par la création de politiques. À quelles politiques songez-vous?

Mme Walsh : Certaines choses sont de compétence fédérale, par exemple l'étiquetage des aliments. Regardez la gamme de leviers dont dispose le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux politiques, et ayez une discussion avec les gouvernements provinciaux. Comme nous le disons, voilà ce que nous faisons en ce qui a trait au diabète ou dans le cadre de notre stratégie de prévention du crime. Voici ce que nous pouvons faire dans notre sphère de compétence, et ce que nous estimons que vous pouvez faire dans la vôtre.

En Ontario, notre ancien médecin hygiéniste en chef, Sheela Basrur, a publié un rapport intitulé *Poids santé, vie saine*, qui a vraiment tiré la sonnette d'alarme au sujet de l'obésité. Dans ce rapport, Mme Basrur a précisé les mesures que le gouvernement fédéral, les autorités locales, le secteur privé, l'industrie alimentaire, les restaurants, et cetera, pourraient prendre. C'est le genre d'exercice dans le cadre duquel on examine les stratégies pour déterminer de quels gouvernements et de quels secteurs elles relèvent. L'objectif de cet appel à l'action est gagner la participation de tous les secteurs, de sorte qu'il ne s'agit pas seulement d'un groupe ou d'un autre.

Le sénateur Callbeck : Docteur Pipe, vous avez dit que nous devions davantage éduquer le public. Pensez-vous que le gouvernement fédéral joue un rôle important à cet égard?

Dr Pipe : Je tiens à préciser que lorsque je parle d'une éducation accrue du public, il ne s'agit probablement pas du genre d'éducation qui prend la forme d'une exhortation, et qui consiste à dire aux gens de faire plus de ceci ou de cela. Nous avons besoin du type de sensibilisation qui entraîne une prise de conscience en ce qui a trait aux problèmes et facteurs déterminant l'état de santé des communautés, et non de dire : « Faites-le! » ou ce genre d'exhortations.

Néanmoins, le gouvernement fédéral peut être très utile dans sa façon d'utiliser ses capacités à monter et à mener des projets pilotes dans un certain nombre de provinces diverses, en évaluant l'efficacité et la validité de ces approches dans différentes populations et différents contextes. Il peut faire un usage stratégique des ressources qu'il fournit aux provinces en imposant des conditions à l'octroi de certaines formes de financement fédéral.

Par exemple, si l'on finance certaines formes d'infrastructures urbaines, un certain pourcentage devrait aller dans des mesures visant à faciliter ou à encourager le recours à des moyens de transport personnels actifs grâce à la façon dont on conçoit ou construit une communauté particulière. Il existe tous ces types d'approches, et c'est là où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle très intéressant.

Again, to bring it back to something more personal, perhaps, our hospital-based smoking cessation program is now part and parcel of every single hospital in this part of Ontario. Thanks to Health Canada, it is now being replicated in the B.C. Vancouver Coastal Health Authority and the New Brunswick River Valley Health Authority with the expectation that it will become, at some point, probably a national standard. The federal government is playing a powerful role there in transporting best practice, if you will, into various provincial jurisdictions.

Senator Callbeck: Ms. Pisko-Bezruchko, do you have any data on that?

Ms. Pisko-Bezruchko: It is difficult for me to comment, given that I am an entity of a provincial government. The thing that concerns the LHINs with federal involvement is the whole information highway and how we are better able to connect people to services, health providers to health providers, to get people the information they need. That is farther away from the discussion right now.

Senator Callbeck: You have only been set up since 2006?

Ms. Pisko-Bezruchko: Yes.

Senator Callbeck: In a very short period of time, you have accomplished a great deal. You mentioned having broad community support. How did you develop that?

Ms. Pisko-Bezruchko: There has been a series of things that the provincial government initiated in terms of local conversations and discussions about priorities. We tried not to reinvent the wheel, so we brought to the table things we already knew. We have been trying to go to networks and groups of people who have already come together around a common cause, and reaching out to them instead of making them come to us.

What is a LHIN? People do not know what an LHIN is, and quite frankly, I do not think they should care what an LHIN is. They should care whether they know about the services available to them and how to access them when they need them. We are not involved in creating new infrastructure but in going out to where those groups of people naturally convene and to hear from them.

Senator Callbeck: Are your boards all appointed?

Ms. Pisko-Bezruchko: That is right.

Senator Callbeck: Is there talk that there will be elected boards down the road, or is that not up for discussion?

Ms. Pisko-Bezruchko: To your point, we are still new. There has not been assessment or evaluation yet of LHINs and our effectiveness because we are so early in our mandate.

Encore une fois, pour ramener la question à quelque chose de plus personnel, peut-être, notre programme d'abandon du tabac en milieu hospitalier est désormais partie intégrante de chaque hôpital de cette partie de l'Ontario. Grâce à Santé Canada, il est maintenant repris par la Vancouver Coastal Health Authority, en Colombie-Britannique, et par la River Valley Health Authority, au Nouveau-Brunswick, dans l'espoir qu'il devienne probablement, à un moment donné, une norme nationale. Le gouvernement fédéral joue un rôle capital sur le plan des pratiques exemplaires dans le domaine du transport, si vous voulez, dans diverses provinces.

Le sénateur Callbeck : Madame Pisko-Bezruchko, avez-vous des données là-dessus?

Mme Pisko-Bezruchko : Il est difficile pour moi de commenter, étant donné que je représente une entité relevant d'un gouvernement provincial. L'aspect qui intéresse les RLIS, en ce qui a trait à la participation fédérale, c'est l'ensemble de l'autoroute de l'information et la façon dont nous pouvons mieux relier les gens aux services et les fournisseurs de soins de santé entre eux, afin de donner aux gens les informations dont ils ont besoin. Ce sujet est éloigné du débat qui nous occupe.

Le sénateur Callbeck : Votre organisation n'existe que depuis 2006?

Mme Pisko-Bezruchko : Oui.

Le sénateur Callbeck : Vous avez accompli beaucoup de choses en très peu de temps. Vous avez parlé d'un vaste engagement communautaire. Comment avez-vous réussi à l'obtenir?

Mme Pisko-Bezruchko : Le gouvernement provincial a mis sur pied différentes mesures qui ont donné le ton à un débat et à un dialogue au sujet des priorités à l'échelon local. Comme nous ne voulions pas réinventer la roue, nous avons pris comme point de départ les éléments qui étaient déjà connus. Nous avons tenté de mobiliser les réseaux et les groupes ayant déjà épousé une cause commune, et nous avons établi le contact avec ces gens, plutôt que d'attendre qu'ils nous approchent.

Qu'est-ce qu'un RLIS? Les gens ne le savent pas et, en toute franchise, je ne crois pas qu'ils devraient chercher à le savoir. Ils devraient seulement s'assurer de connaître les services qui sont offerts et la façon dont ils peuvent y avoir accès lorsqu'ils en ont besoin. Nous ne sommes pas là pour créer de nouvelles infrastructures, mais bien pour aller consulter ces groupes là même où ils se rassemblent tout naturellement.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que les postes de vos conseils d'administration sont tous dotés par voie de nomination?

Mme Pisko-Bezruchko : Effectivement.

Le sénateur Callbeck : Prévoit-on des conseils d'administration élus pour l'avenir, ou en a-t-il été question?

Mme Pisko-Bezruchko : Je dois vous répondre que nous sommes encore une entité nouvelle. Les RLIS n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'un examen de leur efficacité, car nous débutons à peine notre mandat.

Ms. Walsh: I want to come back to your question because I wanted to give it more reflection. I thought about the number of income support programs that exist at the federal level. Obviously, if you are thinking of health disparities, income plays a critical role.

I thought about our Healthy Eating Active Living conference, and one of our experts pointed out how more than 15 years ago the federal government was concerned about the health and well-being of seniors. As result, there were significant changes around income support, and we have seen a significant improvement in seniors' health. I am in the position of representing government, but I would like to speak as an individual who has been involved in health promotion for a long time. Something we have not talked about here is volumes. I talked before about champions and leadership. You have that opportunity around providing leadership by what you talk about and by what you value. I keep thinking about when I was pregnant and getting off the subway at Dundas Square. I was about seven months pregnant and there was another young woman, pregnant too, and she was begging. In my mind, I am thinking about my mother telling me about folie acid and asking me whether I am sleeping and eating properly everything and everyone supporting me. Here was this woman begging and I thought, "My daughter is already further ahead." This is a fundamental value that we grapple with in Canada because we think we are all starting at the same place, and we are not. When we talk about areas for greater investment and commitment, we are struggling with values. As you look at disparities, that is something to address.

Whether it is community or provincial government where we put our investments, politicians are looking at what is valued in the community. Earlier, we talked about infrastructure. Perhaps those recreational facilities are a luxury compared to saying that healthy eating and living will improve our children's ability to participate in the community and to get higher marks in school, and so on. We are not making those links. In your report, perhaps you can increase attention to this and to links to other values that we have in terms of prosperity, well-being and quality of life.

The Chair: I will have to intervene here because we only have a few minutes.

Ms. Pisko-Bezruchko: In response to your question, I understand the federal government does provide money to help eradicate homelessness right now in Canada. There is some question about whether that money will continue. In our LHIN, in particular, it is a matter of grave concern that many of the

Mme Walsh : J'aimerais revenir à votre question maintenant que j'ai eu le temps d'y réfléchir davantage. Il faut penser aux nombreux programmes de soutien du revenu qui existent à l'échelon fédéral. Lorsqu'il est question de disparités en matière de santé, il va de soi que le revenu joue un rôle crucial.

Je me suis également souvenu du Congrès sur la saine alimentation et la vie active où l'un des experts a souligné les préoccupations qu'entretenait le gouvernement fédéral au sujet de la santé et du mieux-être des aînés il y a plus de 15 ans. En réponse à ces préoccupations, des changements importants ont été apportés au chapitre du soutien du revenu, et nous avons pu noter une amélioration considérable de la santé des personnes âgées. Je suis ici en tant que représentante du gouvernement, mais j'aimerais parler en tant que citoyenne œuvrant depuis de nombreuses années dans le domaine de la promotion de la santé. Dans nos discussions d'aujourd'hui, nous n'avons pas abordé la question des volumes de cas. Je vous ai parlé tout à l'heure de champions et de leadership. Vous avez la possibilité de faire montre d'un tel leadership tant par le truchement de vos discussions que par les valeurs que vous préconisez. Je me rappellerai toujours de cette journée où je suis sortie du métro à Dundas Square. J'étais enceinte d'environ sept mois et il y avait une autre jeune femme, enceinte elle aussi, qui mendiait. J'ai alors pensé à ma mère qui me parlait d'acide folique et me demandait si je dormais bien et si je mangeais sainement: j'ai songé à toutes ces choses et au soutien que tout le monde m'offrait. J'ai vu cette mendiante et je me suis dit que ma fille avait déjà une longueur d'avance. Voilà une valeur fondamentale qui nous cause des difficultés au Canada, car nous croyons que nous partons tous du même point, alors que ce n'est pas le cas. Lorsqu'il s'agit de déterminer les secteurs où il faut investir et s'engager davantage, ce sont nos valeurs qui nous compliquent la tâche. C'est un élément à prendre en compte dans votre examen des questions touchant les disparités.

Que ce soit à l'échelon communautaire ou au sein du gouvernement provincial, les politiciens appuient leurs décisions d'investissement sur les valeurs préconisées par la collectivité. Nous avons parlé tout à l'heure d'infrastructures. On pourrait voir ces installations de loisirs comme un luxe comparativement aux sommes qui pourraient être engagées pour promouvoir une saine alimentation et de bonnes habitudes de vie de telle sorte que nos enfants soient mieux aptes à participer à la vie communautaire et à obtenir de bons résultats à l'école, notamment. Nous n'établissons pas les liens entre ces différents éléments. Dans votre rapport, vous pourriez peut-être souligner cette lacune et mettre en lumière les liens avec d'autres valeurs que nous adoptons en matière de prospérité, de mieux-être et de qualité de vie.

Le président : Je vais devoir vous interrompre parce qu'il ne nous reste que quelques minutes.

Mme Pisko-Bezruchko : Pour répondre à votre question, je vous dirais que le gouvernement fédéral fournit actuellement des fonds pour lutter contre l'itinérance au Canada. On n'est pas certain que ce financement va être maintenu. Cela inquiète tout particulièrement notre RLIS, car bon nombre des programmes

programs that have been very successful were established with that money. There is a real worry that if that funding ends, those programs will end as well.

Senator Brown: Dr. Pipe and your colleagues, I think you have brought us a big elephant here today, but I think you also brought the solution. If you re-examine your own graph, the answers are there, as well as in the comments that you have made.

I was playing with your graph. I started out with social engineering and I pointed down to basic societal change. I then went to the three arrows that say "reduce blood pressure, reduce salt intake and increase physical activity." Then I went to three more that go to "eat less, eat better, and exercise more." I think all three of them are individual choices, which is exactly what you said.

I know we have used tax changes in the past to influence behaviour. I do not think we can change our neighbourhoods overnight; we have built an awful lot of them in this country. However, we can focus on behavioural change. I believe we did that with the big monster of smoking. We have not killed that monster yet, but we certainly crippled it over the last generation.

When I was young, virtually everyone smoked. Through a whole generation of negative advertising — and I think TV works well there, but we also used negative labelling on the package itself — we were successful. Over the long term, that is required for re-engineering society. A big chunk of this \$140 billion we are spending on health care needs to be spent on positive advertising for exercise and more negative advertising for salt content in foods and for overeating. That might be a problem. As soon as you hit it, you will start focusing on people's body shape. That might get a lot of push-back there in terms of human rights or that kind of thing. As you said, you bore the scars of the smoking war. You might get some more scars when we start emphasizing overeating or obesity.

It really comes down to an attitude change in those three areas. Even when people do not have big recreational complexes, and so on, they can still exercise. There are programs available. The RCAF used to have a great exercise booklet that did not require any physical stuff at all. I used to use it years ago. I now use a \$500 recumbent bike, but I do not use it like I did with the personal exercises.

Dr. Pipe: If I could make an observation, while these are individual behaviours, I thought I was clear in saying that individual behaviours are less susceptible to individual choice than we would like to think. We live in an obesogenic environment. For instance, it is clear that today's kids in Canada actually participate in sport to a far greater degree than has ever been the case, except that for the rest of the week they

qui ont produit d'excellents résultats ont été établis avec l'aide de ces fonds. On se demande vraiment si ces programmes pourront survivre si on met fin à cet appui financier.

Le sénateur Brown : Docteur Pipe, je pense que vous et vos collègues avez soulevé un gros problème ici aujourd'hui, mais aussi apporté la solution. Si vous réexaminez votre propre graphique, les réponses sont là, ainsi que dans les observations que vous avez faites.

J'ai commencé à interpréter votre graphique, notamment les données sur l'ingénierie sociale et le changement sociétal fondamental. Je me suis penché sur les trois flèches qui disent « réduire la pression artérielle, diminuer l'apport en sel et augmenter le niveau d'activité physique », de même que celles indiquant « manger moins, manger mieux et faites plus d'exercice ». Je pense que tous les trois sont des choix individuels, ce qui revient exactement à ce que vous avez dit.

Je sais que nous avons apporté des modifications au régime fiscal par le passé en vue d'influencer les comportements. Je ne pense pas que nous pouvons changer nos collectivités du jour au lendemain; il y en a tellement. Cependant, nous pouvons nous concentrer sur le changement de comportement. Je crois que c'est ce que nous avons fait avec le fléau du tabagisme. Nous ne l'avons pas encore enrayer, mais nous l'avons certainement maîtrisé au cours de la dernière génération.

Quand j'étais jeune, presque tout le monde fumait. Grâce à toute une génération de publicité négative — et je pense que la télévision fonctionne bien à ce niveau-là, tout comme l'étiquetage négatif sur l'emballage lui-même —, nous avons réussi. À long terme, c'est nécessaire pour remodeler la société. Une grande partie des 140 milliards de dollars que nous dépensons en soins de santé doit être consacrée à la publicité. Il faut promouvoir l'exercice physique et décourager la consommation d'aliments à haute teneur en sel de même que la suralimentation. Toutefois, cela pourrait être un problème. Dès qu'on cible cette question, on commence à s'attarder sur la silhouette des gens. Cela pourrait provoquer beaucoup de réactions à l'égard des droits de la personne ou ce genre de choses. Comme vous l'avez dit, vous faites les frais de la lutte au tabagisme. Cela pourrait être pire si nous commençons à mettre l'accent sur la suralimentation ou l'obésité.

Il s'agit vraiment d'un changement d'attitude dans ces trois cas. Même quand les gens n'ont pas accès à de grands complexes récréatifs, et ainsi de suite, ils peuvent faire de l'exercice. Il existe des programmes. L'ARC avait une brochure d'exercice intéressante qui n'exigeait aucun équipement. J'avais l'habitude de l'utiliser il y a des années. Je me sers maintenant d'un vélo stationnaire couché d'une valeur de 500 \$, mais pas de la même façon que quand je suivais le plan d'exercice.

Dr Pipe : Si je pouvais faire une observation, même si ce sont des comportements individuels, je pensais avoir été clair en disant que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ceux-ci ne découlent pas toujours d'un choix personnel. Nous vivons dans un environnement obésogène. Par exemple, il est clair que les jeunes d'aujourd'hui, au Canada, font beaucoup plus de sports qu'à l'époque, sauf que pendant le reste de la semaine, ils sont

are far less active than has ever been the case. The standard approaches, the exhortations, the campaigns and the slogans may be necessary, but they are far from sufficient. That is one of the lessons we have learned from the tobacco wars: You must have the public policy changes to change the social environment. You denormalize smoking and eliminate the opportunity to use lifestyle advertising.

I certainly agree with you that these are individual behaviours, but we must be able to create a social environment in which it is more likely that those individual behaviours will be expressed. That basically requires environmental change.

Senator Brown: I agree with you. I just believe you need a combination of both the information out there on the negative side and on the positive side about what can occur when you lose weight or when you stop using too much salt, or whatever. You can spend a lot of good money on television, because there are few people who do not watch it, and get some kind of program of advertisements out there. I was thinking of the Simpson family, with a whole new genre of showing people who are healthy and slim because of their habits; those kinds of things, for example, a clip or advertisement, over a long period of time.

Senator Munson: Dr. Pipe, you said I have seen the crisis and it is here. As Dr. Keon alluded to, we were in Cuba. They do a lot with so little with polyclinics. In terms of promotion, preventive medicine or promotion of health care at the street level, do we have to have a pragmatic attitudinal shift in delivering health care? In these polyclinics, for example, you used the example of Sweden raising taxes, but what we saw in one of these clinics in these multifaceted facilities were grandparents, 60 to 70 years of age, being taught through child psychology programs how to deal with grandchildren and early childhood development.

Must we shift our focus with preventive medicine? We automatically think in this country, "I am sick. I am going to the hospital." We never think of the Elgin Street clinic or clinics because if we go there, it is one dimensional and sort of, "Yes, we will treat this but you have to go over there for that." I would like your views on that assessment.

Dr. Pipe: Clearly, the Cuban example of what they have managed to do with limited resources in terms of both literacy and health care is quite remarkable. It is almost in contrast to some of the things that I have been saying. One of the other realities that we currently face in Canada is for those whom the preventive system is too late because they already have a disease.

One of the crises that we have that I see daily is that people do not have access to virtually any form of primary health care. I spend a considerable part of my day trying to find family

aussi beaucoup moins actifs. Les approches, les exhortations, les campagnes et les slogans peuvent être nécessaires, mais c'est loin d'être suffisant. C'est un des enseignements que nous avons tirés de la guerre au tabac : vous devez revoir les politiques publiques pour changer l'environnement social. Vous dénormalisez le tabagisme et interdisez les publicités sociétales.

Je suis certainement d'accord avec vous que ce sont des comportements individuels, mais nous devons être capables de créer un environnement social dans lequel il est plus probable que les gens adopteront ces comportements. Cela nécessite des changements environnementaux.

Le sénateur Brown : Je suis d'accord avec vous. Je crois que vous avez juste besoin d'une combinaison d'information sur les côtés positifs et négatifs de la perte de poids ou d'un régime pauvre en sodium, par exemple. Vous pouvez consacrer beaucoup d'argent aux publicités télévisées, car il y a peu de gens qui ne regardent pas la télévision. Je pensais à la famille Simpson, qui pourrait donner l'exemple en montrant des gens minces et en bonne santé en raison de leurs habitudes; ce genre de choses, par exemple, un clip ou une publicité diffusée sur une longue période.

Le sénateur Munson : Docteur Pipe, vous avez dit que vous avez vu la crise et qu'il faut maintenant y faire face. Comme le Dr Keon l'a indiqué, nous nous sommes intéressés au système de santé cubain. Les Cubains accomplissent beaucoup de choses avec si peu de polycliniques. Pour ce qui est de la médecine préventive ou de la promotion des soins de santé au niveau de la rue, devons-nous adopter une attitude pragmatique dans la prestation des soins de santé? Dans ces polycliniques, par exemple, vous avez parlé de la hausse des impôts en Suède, mais ce que nous avons vu dans l'une de ces cliniques, dans ces installations multidimensionnelles, c'étaient des grands-parents, âgés de 60 à 70 ans, à qui l'on enseignait, par le biais de programmes sur la psychologie de l'enfant, comment interagir avec leurs petits-enfants et en quoi consiste le développement de la petite enfance.

Faut-il réorienter nos priorités en ce qui concerne la médecine préventive? Dans ce pays, nous associons automatiquement la maladie à l'hôpital. Nous ne pensons jamais aux cliniques de la rue Elgin parce que si nous nous rendons là-bas, à ces cliniques unidimensionnelles, on nous répondra : « oui, nous allons vous traiter, mais vous devrez ensuite aller là-bas pour ça ». Je voudrais votre avis sur cette évaluation.

Dr Pipe : Chose certaine, ce que les Cubains ont réussi à faire avec des ressources aussi limitées en matière d'alphabétisation et de soins de santé est tout à fait remarquable. Cela contraste presque avec certaines des choses que j'ai dites. Que fait-on de ceux qui ne peuvent pas bénéficier du système préventif parce qu'ils ont déjà une maladie? C'est une autre réalité à laquelle nous sommes actuellement confrontés au Canada.

Tous les jours, je vois des gens qui n'ont pratiquement pas accès à des soins de santé primaires. Je passe une grande partie de mes journées à essayer de trouver un médecin de famille aux

physicians for people who do not have access to family physicians. They already have established diseases but cannot get access to those kinds of services.

Yes, I think we will have to reconfigure our health system. In Ontario, there are models afoot, family health teams and family health groups that seek to integrate a variety of professional disciplines, not just health care practitioners but other professionals such as counsellors and social service professionals, under one roof. That, clearly, is the direction of tomorrow. I think you have put your finger on it.

Senator Munson: It was mentioned that we have a barrier around language when we say "population health" and that sort of thing. I know you do your surveys and get there. In Cuba, because of the system there, nobody is forced to answer, but people love statistics there, and they really get statistics. When there is a problem, they all go somewhere and there will be 12,000 people, and 12,000 people will gladly give their life history so they can look at the issue and try to tackle that issue with new medicine or whatever may be needed. In this country, it must be an issue of human rights. Are you getting the real picture when you do these surveys? You talked about the fact that parents tell you one story but you see something else with the children. Is it difficult to get down to the street level?

Ms. Walsh: A very appropriate federal role is that of supporting research, evaluation and creating new knowledge. The role Statistics Canada has played has been fantastic. I am sure they would say that they could use additional investment. For example, the Canadian Community Health Survey is a fantastic resource, but it is not run every year. For the sample size for Ontario, we have to buy extra sampling to get the information we need. It would be helpful to look at all the different measures, what are those indicators, and does Statistics Canada have enough support to give us the kind of data we need. There are different investments, for example, through the Canadian Institute of Health Research, the Population Health Institute and the National Collaborating Centre. Some institutions out there are doing helpful research. I am sure they would say that they could use so much more support in comparison to other areas that are being supported. That is a helpful federal role, and we value it. It makes more sense to have something like that done nationally. We are consulted in terms of what types of questions will be helpful, and we work together across the country to generate information that will be helpful for all of us.

The Chair: Unfortunately, our time is up. That is a truly important question. It is the Achilles heel of this whole thing.

We will have Glenda Yates before us on February 13. Ms. Yates is the head of the Canadian Institutes of Health Information. One of the things I will be putting to her is: Can you develop the tools so that the various people involved, like

personnes qui n'en ont pas. On leur a déjà diagnostiqué une maladie, mais ils ne peuvent pas accéder à ces types de services.

Oui, je pense que nous devons reconfigurer notre système de santé. En Ontario, il existe des modèles de soins, de même que des équipes et des groupes de santé familiale qui cherchent à réunir sous un même toit divers professionnels, non seulement des praticiens de la santé, mais aussi des conseillers et des travailleurs sociaux. De toute évidence, cela est la voie de l'avenir. Je crois que vous l'avez bien cernée.

Le sénateur Munson : Il a été question d'une barrière linguistique en ce qui concerne « la santé de la population » et ce genre de choses. Je sais que vous vous rendez sur le terrain dans le cadre de vos études. À Cuba, compte tenu du système en place, personne n'est obligé de répondre, mais on aime les statistiques, et on les compile réellement. Quand il y a un problème, on interroge un échantillon de 12 000 personnes, et celles-ci seront heureuses de parler de leur situation; on pourra ainsi examiner le problème et s'y attaquer à l'aide d'un nouveau médicament ou de tout ce qui pourrait s'avérer nécessaire. Dans ce pays, il doit s'agir d'une question de droits de la personne. Brossez-vous le véritable tableau quand vous menez ces études? Vous avez évoqué le fait que les parents et les enfants vous donnent chacun une version différente de l'histoire. Est-ce difficile de se mettre au niveau de la rue?

Mme Walsh : Un rôle qui convient parfaitement au gouvernement fédéral est l'appui à la recherche et à l'évaluation ainsi que l'acquisition de nouvelles connaissances. Le rôle que Statistique Canada a joué a été fantastique. Je suis sûre que cet organisme dirait qu'il peut utiliser des investissements supplémentaires. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est une ressource incroyable, mais on ne la réalise pas tous les ans. Pour ce qui est de la taille de l'échantillon, en Ontario, nous devons acheter des unités d'échantillonnage supplémentaires afin d'obtenir l'information dont nous avons besoin. Il serait utile de se pencher sur toutes les différentes mesures et les indicateurs, et de savoir si Statistique Canada obtient suffisamment d'appui pour nous fournir le type de données nécessaires. Il y a différents investissements, par exemple, par l'intermédiaire de l'Institut canadien de recherche en santé, le Population Health Institute et le Centre national de collaboration. Certaines institutions font des recherches très pertinentes. Je suis certaine qu'il dirait pouvoir davantage mettre à profit les investissements par rapport à d'autres domaines. C'est un rôle fédéral que nous valorisons. Il est plus logique d'avoir quelque chose du genre au niveau national. On nous a consultés sur les types de questions qui seraient utiles, et nous travaillons ensemble, partout au pays, pour générer de l'information qui profiterait à tous.

Le président : Malheureusement, notre temps est écoulé. C'est une question vraiment importante, et il s'agit du talon d'Achille.

Nous entendrons Glenda Yates le 13 février. Mme Yates est à la tête de l'Institut canadien d'information sur la santé. Je vais entre autres lui poser la question suivante : Pouvez-vous concevoir des outils permettant aux différentes personnes

Ms. Pisko-Bezruchko and Dr. Pipe and yourself, can do health impact assessments of what you are doing? That will be a challenge down the road. If any one of the three of you can imagine anything about how that might be possible, we would like to know, because we would like to bring that into our report.

Ms. Pisko-Bezruchko: I would support what Ms. Walsh just said. We need to have that survey done more frequently. We need to open up the discussion again about the kind of information we collect about people who use the health care system. Right now, we do not ask people about their racial or ethno-cultural background. We do not ask them about their income. We do not ask them about all the things that impact on their health, yet we know that those things are so important.

In my position in the Toronto Central LHIN, I am forced to find creative ways to extrapolate between different pieces of data from different databases and infer that this population and this neighbourhood has these kinds of health needs and behaviours. That is not the way it should be. We should have the evidence at our fingertips and take away the horror of collecting this type of information. It goes back to understanding what this is all about and realizing that it is broader than just the traditional hospital-based services. It has to do with the whole social environment in which we live.

Dr. Pipe: We also need sentinel populations. The problem with much of the data collected in Canada or provincially is that it is collected on such a broad population basis that it is almost impractical to apply at the local level because it may have no meaning. We need reference data and reference populations. We need not just questions in surveys but also we need, in some instances, physical measures. Much of our data about obesity in Canada is derived from telephone surveys where we ask about height and weight. Guess what? When we go out and measure Canadians, they are actually shorter and their waist circumference is bigger than they reported on the telephone. All our data has been skewed in this respect. We need to put some leather on the streets, to use the epidemiological term, and actually go out and get meaningful physical data and collect it regularly. This is a sampling approach that might ultimately allow the data to be applied at an operational level. Rather than a national 50,000 foot examination, we need to take a closer look at differing Canadian populations. The information collected in many data sets is unhelpful when trying to deliver programs in the Champlain district or the Toronto LHIN.

The Chair: Thank you very much, all three of you. You were absolutely terrific. You gave us a great deal of information.

Honourable senators, we will go in camera for a few minutes to settle some business.

The committee continued in camera.

concernées, comme Mme Pisko-Bezruchko, le Dr Pipe et vous-même, d'évaluer les impacts sur la santé du travail que vous faites? Ce sera un défi pour l'avenir. Si l'un d'entre vous peut imaginer comment cela serait possible, nous aimerions le savoir afin d'en faire état dans notre rapport.

Mme Pisko-Bezruchko : Je suis tout à fait d'accord avec Mme Walsh. Nous devons réaliser cette étude plus fréquemment. Nous devons relancer la discussion sur le type de renseignements que nous recueillons sur les personnes qui bénéficient du système de santé. En ce moment, nous ne demandons rien au sujet de l'appartenance raciale ou ethnoculturelle, du revenu, ou des facteurs qui ont une incidence sur la santé, même si nous savons que ceux-ci sont très importants.

Mon poste au RLIS de Toronto-Centre m'oblige à trouver des moyens créatifs d'extrapoler les différents éléments des bases de données et à en déduire qu'une population ou une collectivité donnée a ces types de besoins en matière de santé et ces comportements. Il ne devrait pas en être ainsi. Nous devrions avoir les preuves à notre disposition et ne plus avoir la pénible tâche de recueillir ce type d'information. Il faut comprendre de quoi il s'agit réellement et réaliser que c'est beaucoup plus vaste que des services hospitaliers traditionnels. Cela concerne tout le milieu social dans lequel nous vivons.

Dr Pipe : Nous avons aussi besoin de populations mères. Le problème avec la plupart des données recueillies à l'échelle nationale ou provinciale, c'est qu'elles proviennent d'un échantillon de la population tellement étendu qu'il est pratiquement impossible de les appliquer à l'échelle locale, car elles ne veulent rien dire. Nous avons besoin de données et de populations de référence. Il nous faut non seulement des sondages, mais aussi, dans certains cas, des mesures concrètes. Une grande partie de nos données sur l'obésité au Canada proviennent de sondages téléphoniques où nous demandons aux gens leur grandeur et leur poids. Devinez quoi? Quand nous mesurons les Canadiens, ils sont en fait plus petits et leur tour de taille est plus gros que ce qu'ils nous ont indiqué par téléphone. Toutes nos données ont été faussées dans ce sens. Nous devons régulièrement aller sur le terrain et recueillir des données concrètes. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage qui pourrait, en définitive, permettre d'appliquer les données à un niveau opérationnel. Plutôt que d'examiner 50 000 pieds à l'échelle nationale, nous devons regarder de plus près différentes populations canadiennes. Les informations recueillies dans de nombreux ensembles de données sont inutiles lorsqu'on tente d'offrir des programmes dans le district de Champlain ou le RLIS de Toronto.

Le président : Merci beaucoup à vous trois. Vous avez été absolument fantastiques. Vous nous avez donné beaucoup de renseignements.

Honorables sénateurs, nous irons à huis clos pendant quelques minutes pour régler certaines questions.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, Wednesday, February 13, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:06 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

[*Editor's Note: Technical difficulties resulted in portions of the proceedings being inaudible.*]

The Chair: Honourable senators, unfortunately Senator Pépin is bed with the flu, so she will not be here this evening. However, we will proceed because the time is limited and we have very busy people in front of us. We appreciate their collective time and we want to make the most of it.

We will begin with Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer of the Canadian Institute for Health Information, and Keith Denny, Acting Manager with CIHI. We also have with us this afternoon Professor Noralou Roos from the Faculty of Medicine at the University of Manitoba.

Without further ado, Ms. Yeates, please proceed.

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer, Canadian Institute for Health Information (CIHI): On behalf of the Canadian Institute for Health Information, I would like to thank you for your interest in our work and for having us here today.

I would also like to introduce my colleague, Keith Denny, Acting Manager of the Canadian Population Health Initiative. CPHI is a part CIHI and works specifically on population health. Its mission is to foster a better understanding of the factors that affect the health of individuals and communities, and to contribute to the development of policies that reduce inequities and improve the health and well-being of Canadians.

[*Translation*]

My presentation today will focus on two areas. First, I will review some recent findings gleaned from a number of CIHI reports on population health. Second, at the committee's request, I will present CIHI's view on the role of the federal government in improving population health.

When looking at population health, we are reminded that health and illness are closely linked to lifestyle, work, education and leisure activities. Canadians are among of the healthiest people in the world, although significant gaps have been noted among different groups in society.

These gaps can be attributed to numerous complex social and economic factors, in particular income and education, as we all know.

OTTAWA, le mercredi 13 février 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

[*Note de la rédaction : En raison de difficultés techniques, des parties des délibérations sont inaudibles.*]

Le président : Chers collègues, le sénateur Pépin ne sera malheureusement pas ici ce soir car elle a la grippe. Nous allons tenir la séance quand même puisque nous ne disposons pas de beaucoup de temps et que nous recevons des gens très occupés. Nous les remercions de nous consacrer de leur temps, dont nous voulons tirer le meilleur parti possible.

Nous allons commencer par Glenda Yeates, présidente-directrice générale de l'Institut canadien d'information sur la santé, et Keith Denny, gestionnaire intérimaire de l'ICIS. Nous avons aussi parmi nous cet après-midi, Noralou Roos, professeure à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba.

Sans plus tarder, madame Yeates, je vous cède la parole.

Glenda Yeates, présidente-directrice générale, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, j'aimerais vous remercier de l'intérêt que vous portez à notre travail et de nous avoir invités aujourd'hui.

J'aimerais aussi vous présenter mon collègue, Keith Denny, gestionnaire intérimaire de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. L'ISPC fait partie de l'ICIS et ses travaux portent expressément sur la santé de la population. Sa mission consiste à mieux faire comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités et à contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

[*Français*]

Mon introduction d'aujourd'hui comprend deux parties. Dans la première, je propose quelques résultats récents tirés des rapports de recherche de l'ICIS sur la santé de la population. Dans la deuxième partie, à la demande du comité, je présente le point de vue de l'ICIS sur le rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer pour renforcer la santé de la population.

La santé de la population est une démarche qui nous rappelle que la santé et la maladie dépendent grandement de nos habitudes de vie, du travail, d'apprentissage et de loisirs. Les Canadiens sont parmi les gens les plus en santé du monde, mais on observe des écarts notables entre les différents groupes de la société.

De nombreux facteurs sociaux et économiques complexes sont à l'origine de tels écarts, notamment comme nous le savons, les revenus et l'éducation.

[English]

Studies have also shown that where you live matters to your health. Recent CPHI research illustrates that neighbourhoods within cities differ in terms of health outcomes. You asked us to concentrate on some of our recent health findings. In the material we gave you, we included information on the city of Halifax. We can see that residents of neighbourhoods with lower-than-average median incomes but with a higher-than-average proportion of post-secondary graduates were more likely than those living in other neighbourhoods to rate their health as excellent or good.

I would like to touch briefly on another example of recent CPHI findings. In a recent report, we looked at the relationship between homelessness and mental health. This study showed that the top reason for homeless people to visit emergency departments differs significantly from the population as a whole, particularly because of mental and behavioural disorders. The study also contained a synthesis of the literature which concluded that programs that provide housing as a first measure, when twinned with appropriate and flexible mental health services, appear to be effective at helping those who are homeless to stabilize their mental health problems.

[Translation]

At the committee's request, I would now like to present CIHI's view on the role of the federal government in improving population health.

[English]

We looked at three potential roles when we examined the question you asked us regarding what the federal government could do in the area of population health. We approached this question from our position as a provider of information and population health research and analysis.

The first potential role for the federal government is to provide continued support for the data that informs population health analyses. While we know a fair bit about population health, there is also a great deal we do not know at this time but need to know.

The Canadian Population Health Initiative of CIHI has worked directly with and heard from key stakeholders. They are keen to understand and use the evidence available. However, local data is often critical to make changes based on that data. Therefore, ongoing federal support for organizations such as CIHI and Statistics Canada is of critical importance as we strive to make population health data more readily available at a regional or even neighbourhood level.

[Traduction]

Des études ont montré que le milieu de vie influe sur la santé. Selon une recherche menée récemment par l'ISPC, les résultats pour la santé diffèrent selon les quartiers des villes. Vous nous avez demandé de nous concentrer sur quelques-unes des dernières conclusions que nous avons tirées en matière de santé. Dans les documents que nous vous avons remis, nous avons inclus des données sur la ville de Halifax. Nous pouvons voir que les résidents des quartiers enregistrant un revenu médian inférieur à la moyenne mais dont le pourcentage de diplômés d'études postsecondaires est supérieur à la moyenne sont plus susceptibles que les résidents des autres types de quartiers de qualifier leur santé d'excellente ou de bonne.

J'aimerais parler brièvement d'un autre exemple tiré des dernières conclusions de l'ISPC. Dans un récent rapport, nous nous sommes penchés sur les liens entre l'itinérance et la santé mentale. Cette étude a révélé que les raisons les plus courantes évoquées par les itinérants pour utiliser les services d'urgence diffèrent grandement de celles du reste de la population, en raison des troubles de santé mentale et du comportement. L'étude comportait également une synthèse de la documentation, qui a conclu que les programmes offrant en premier lieu un service d'hébergement combiné à des services de santé mentale adéquats et souples semblent aider efficacement les sans-abri à stabiliser leurs problèmes de santé mentale.

[Français]

À la demande du comité, j'aimerais maintenant présenter le point de vue de l'ICIS sur le rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer pour renforcer la santé de la population.

[Traduction]

À la demande du comité, nous nous sommes penchés sur trois rôles possibles que le gouvernement fédéral pourrait jouer en matière de santé de la population. Nous avons examiné cette question en tenant compte de notre rôle de fournisseur d'informations et de données découlant de recherches et d'analyses sur la santé de la population.

Premièrement, le gouvernement pourrait offrir un appui soutenu à la collecte de données qui étayeraient les analyses sur la santé de la population. Même si nous en connaissons pas mal en la matière, il nous en reste encore beaucoup à apprendre.

Les responsables de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'ICIS ont travaillé directement avec les principaux intervenants et ont écouté ce qu'ils avaient à dire. L'ISPC cherche à comprendre et à utiliser les données disponibles. Toutefois, les données locales sont souvent essentielles pour apporter des changements en fonction de celles-ci. Par conséquent, l'appui soutenu du fédéral à des organisations comme l'ICIS et Statistique Canada revêt une importance cruciale pendant que nous nous efforçons de rendre les données sur la santé de la population plus facilement accessibles dans les régions, ou même dans les quartiers.

The second potential role we would suggest in answer to your question about the federal government is to support what we call "intervention research" on population health. If we look again at our recent CIHI consultations, our stakeholders have said they would like more practical, evidence-based information on what works and what does not work in terms of policy and program interventions at a population level. This is often called intervention research. For example, is it clear from recent studies that obesity is a problem in Canada, but what can be done to make a difference? We need more evaluations to understand what does and does not work, in what context and under which circumstances. The federal government, as a major funder of health research in Canada, could include among its priorities intervention research into population health interventions.

Finally, a third potential role for the federal government is to provide leadership and support for the type of electronic health record — or EHR — development that generates standardized information that can be used for population health. EHRs not only have the potential to help individual patients in a very immediate way, but they can be used to collect health system data, as well as data about populations.

EHRs open up new possibilities for what data is collected, how it will be collected and what will be available to support and understand population health. EHRs are designed first and foremost to support individual patient care decisions. However, their full potential can be further enhanced if they are rolled out in such a way so as to include a vision that encompasses the ability to improve the health of the population as a whole.

The federal government has an important leadership role in helping to clarify how data, derived from electronic health records, can, in a privacy-sensitive manner, enable the development of population health indicators and analysis to improve the health of the population. There is a need for commitment to developing electronic health records in such a way that they will generate standardized, comparable data that can be appropriately used to guide our understanding and to focus our actions in the field of population health.

As an organization dedicated to improving Canada's health system and the health of Canadians, I thank you for your interest in our work and would be pleased to answer any questions you may have.

The Chair: Thank you very much, Ms. Yeates.

We are now privileged to hear from Ms. Roos, who has tremendous experience and an outstanding background. As a professor at the University of Manitoba, she was the Founding Director of the Manitoba Centre for Health Policy. She is an associate of the Canadian Institute for Advanced Research.

Please proceed.

Deuxièmement, en réponse à votre question, le gouvernement fédéral devrait appuyer la « recherche interventionnelle » sur la santé de la population. Si nous regardons à nouveau les récentes consultations que nous avons menées à l'ICIS, nos intervenants ont indiqué qu'ils aimeraient obtenir des informations plus pratiques fondées sur des preuves concernant les points positifs et les points à améliorer sur le plan des politiques et des programmes d'intervention auprès de la population. C'est ce qu'on appelle souvent la recherche interventionnelle. Par exemple, des études récentes montrent clairement que l'obésité constitue un problème au Canada. Mais que peut-on faire pour améliorer la situation? D'autres évaluations doivent être effectuées pour savoir ce qui fonctionne ou pas, et dans quels contextes et circonstances. À titre de principal bailleur de fonds de la recherche en santé au Canada, le gouvernement fédéral pourrait ajouter à ses priorités en matière de santé de la population la recherche interventionnelle.

Troisièmement, le gouvernement fédéral pourrait offrir du soutien à la création des dossiers de santé électroniques — ou DES —, qui permettent de recueillir de l'information normalisée utile au domaine de la santé de la population. Les dossiers de santé électroniques peuvent non seulement aider chacun des patients de façon directe, mais ils peuvent également servir à recueillir plus de données sur le système, de même que sur la population.

Les DES offrent de nouvelles possibilités quant au type de données recueillies, à la façon de les recueillir et à l'éventail de données disponibles pour comprendre et améliorer la santé de la population. Ils visent d'abord et avant tout à éclairer les décisions relatives aux soins des patients. Toutefois, il est possible d'en accroître le potentiel si leur déploiement repose sur une vision qui englobe la capacité d'améliorer la santé de la population dans son ensemble.

Le gouvernement fédéral a un rôle important de chef de file à jouer afin d'aider à clarifier la façon dont les données provenant des dossiers de santé électroniques peuvent, tout en protégeant les renseignements personnels, favoriser l'élaboration d'indicateurs et d'analyses en vue d'améliorer la santé de la population. Il importe de s'engager à élaborer des dossiers de santé électroniques qui permettent de recueillir des données normalisées et comparables pouvant servir à mieux comprendre la santé de la population et à concerter nos efforts dans ce domaine.

En tant qu'organisation vouée à améliorer le système de santé du pays et la santé des Canadiens, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à notre travail et je serai ravie de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup, madame Yeates.

Nous avons maintenant le privilège d'entendre Mme Roos, qui a une vaste et remarquable expérience. En tant que professeure à l'Université du Manitoba, elle a fondé et dirigé le Manitoba Centre for Health Policy. Elle est chercheuse associée à l'Institut canadien des recherches avancées.

Nous vous écoutons.

Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine, University of Manitoba: I am also delighted to be here before a committee that has population health as its focus.

I was trying to figure out what I had to contribute to your discussions. I will focus on the questions you were asking around structural barriers to implementation and options for implementing population health policy. After having spoken to a few people who had already spoken with you, it occurred to me that I also will focus on encouraging you to support investments in what I see as Canada's strength: population health databases.

I will give you some examples. We have found that to get the support of the public, one needs a broader discussion of population health; that is, one must communicate. We have been working with the Business Council on this initiative. I will show you the way in which we have put data together to persuade them that population health issues are important for them to take on.

I have given you a whole series of overheads. I will talk from overhead No. 3, which is the one with the circles on it that shows the database we created in Manitoba. We brought together not just data on the health care system — every contact with physicians and hospitals — but also data from education. That includes how kids do on standardized tests and in school. We have brought together data on family services which identifies children in families who have been on income assistance; in other words, poverty. It also includes children who have been taken into care or where their families have been offered protection services because of issues within the family.

All of these data are held at the centre in a completely anonymous fashion but brought together for a specific research question that we address to them.

If you look at slide 11, I have pulled out what has persuaded the Business Council that investing in at-risk kids is the path to increased productivity and decreased social costs. The bars on the right show what schools typically see when they compare the performance of children in families that are poor to those in better socio-economic circumstances.

On the far left, about 76 per cent of kids whose families have had income assistance at some point passed their Grade 12 language arts test. On the far right, you see that for the kids in affluent, urban Winnipeg — the suburbs — 96 per cent of the kids passed the test. There is a difference. One would prefer that this difference did not exist, but it makes one feel like there is hope. It is not a disaster.

When we started analyzing those data, we realized there were a lot of kids who were not in school on the day of the test. It occurred us, with the health data — our ability to merge across these data sets — we could go back and look at all the kids born

Noralou Roos, professeure, Faculté de médecine, Université du Manitoba : Je suis également ravie de témoigner devant un comité qui a pour priorité la santé de la population.

J'essayais de voir ce que j'avais à apporter à vos discussions. Je me concentrerai sur les questions que vous posez concernant les obstacles structurels à la mise en œuvre d'une politique axée sur la santé de la population et les options pour y arriver. Après avoir parlé avec quelques personnes qui avaient déjà discuté avec vous, je me suis dit que j'allais aussi vous encourager surtout à soutenir les investissements dans ce qui est, à mon avis, la force du Canada : les bases de données sur la santé de la population.

Je vais vous donner quelques exemples. Pour obtenir l'appui du public, nous avons découvert qu'il faut discuter de la santé de la population à plus grande échelle; il doit y avoir une communication. Nous avons travaillé avec le Conseil des chefs d'entreprise à cette initiative. Je vais vous montrer la façon dont nous avons recueilli des données pour persuader les membres du conseil qu'il importe qu'ils s'attaquent aux problèmes touchant la santé de la population.

Je vous ai remis toute une série de transparents. Je vais commencer avec le troisième, qui est celui avec les cercles qui montre la base de données que nous avons créée au Manitoba. Nous avons rassemblé non seulement des données sur le système de soins de santé — chaque contact avec les médecins et les services hospitaliers —, mais aussi des données en éducation. Ces dernières comprennent le niveau de réussite des enfants aux tests normalisés et à l'école. Nous avons compilé des données sur les services familiaux qui recensent les enfants issus de familles ayant bénéficié d'aide au revenu; autrement dit, vivant dans la pauvreté. Cela englobe également les enfants qui ont été pris en charge ou dont la famille a reçu des services de protection en raison de problèmes familiaux.

Toutes ces données sont conservées au centre en toute confidentialité, mais sont recueillies à l'appui d'une question de recherche précise que nous leur posons.

Si vous regardez la diapositive n° 11, j'ai sorti les données qui ont persuadé le Conseil des chefs d'entreprise qu'investir dans les enfants à risque est la voie à suivre pour accroître la productivité et réduire les coûts sociaux. Les colonnes de droite montrent ce que les écoles constatent généralement quand elles comparent le rendement des enfants issus de familles à faible revenu par rapport à ceux vivant dans de meilleures conditions socioéconomiques.

La première colonne de gauche indique qu'environ 76 p. 100 des enfants dont les familles ont eu recours à une aide au revenu à un moment donné ont réussi leur test de langue de 12^e année. À la dernière colonne de droite, vous voyez que chez les enfants des milieux aisés de la ville de Winnipeg — la banlieue —, 96 p. 100 ont réussi le test. Il y a un écart. On préférerait que cette différence n'existe pas, mais il y a une lueur d'espoir. Ce n'est pas catastrophique.

Quand nous avons commencé à analyser ces données, nous nous sommes aperçu qu'il manquait beaucoup d'enfants à l'école le jour du test. Nous avons pensé qu'à l'aide des données sur la santé — notre capacité d'amalgamer ces séries de données —

in Winnipeg 18 years previously who were still in the province and who should have been writing the test. We could find out if they were in school, where they were in school and what the real picture was when it came to achievement. That is the picture on the far right.

In fact, 76 per cent of the kids whose families had at one point received income assistance, who were in school writing the test passed it, but of all those kids in these families who should have been in school writing the test, only 11 per cent passed it. This is what has persuaded the Business Council. I have given you a one-pager that they are now using to work with the government and the public to start highlighting this as an issue.

Another thing that bringing together these different data sets does is to bring the different ministries together. You then have the potential to work across ministries.

If you go to slide 22, we ask: Where are the kids that I have been describing — the kids in care, the kids whose families are on income assistance, the kids whose families are being offered protection services from Family Services and the children of teen mothers? These kids essentially all do as badly as those kids we were showing on income assistance. Where do they live?

In some neighbourhoods in the inner core of Winnipeg, 80 per cent of the children have one of those characteristics. In the affluent areas, less than 10 per cent do. Ms. Yeates was talking about bringing the data home; these data come very close to home.

If you look on the next page, we show how the government's current child care policy provides licensed child care to the city of Winnipeg. Manitoba has one of the best licensed child care systems in Canada. Only Quebec offers more funding — more subsidized care and higher training, et cetera.

However, the way the system is set up, they do not offer child care to kids in those inner-city areas because child care is funded for working mothers. You do not have many working mothers in the families I have just described. This has provoked a lot of serious interest and action on the part of government, working across ministries.

My last point is another example of how these databases can be used. Someone wanted to know whether this was the right committee, because I had also wanted you to take a look at a proposal for real world evaluation of drugs. Drugs are almost never tested on children before drugs come to market. They are also not tested on many high-risk populations; or they are only tested on very high-risk populations and they are given to a lot of relatively healthy people.

nous pourrions retracer tous les enfants nés à Winnipeg il y a 18 ans, qui habitaient toujours la province et qui auraient dû passer le test. Nous pourrions découvrir s'ils étaient à l'école, où ils en étaient rendus dans leurs études et quelle était le véritable tableau pour ce qui est du rendement scolaire. C'est ce qu'on voit à droite complètement.

En fait, 76 p. 100 des enfants, dont la famille a reçu à un moment donné une aide au revenu et qui étaient à l'école, ont réussi le test, mais de tous ces enfants issus de ces familles qui auraient dû être à l'école pour passer l'examen, seulement 11 p. 100 l'ont réussi. C'est ce qui a convaincu le Conseil des chefs d'entreprise. Je vous ai remis un document d'une page qu'ils utilisent maintenant dans leurs rapports avec le gouvernement et le public pour commencer à présenter cela comme étant un problème.

Par ailleurs, regrouper ces différentes séries de données permet de réunir les différents ministères. Vous avez alors la possibilité de collaborer avec d'autres ministères.

À la diapositive 22, nous posons la question suivante : Où sont les enfants que j'ai décrits — les enfants pris en charge, dont les familles bénéficient d'une aide au revenu, qui sont protégés par des services à la famille et ceux nés d'une mère adolescente? Essentiellement, ces enfants ont des résultats aussi médiocres que ceux dont les familles reçoivent une aide au revenu que nous montrions tout à l'heure. Où vivent-ils?

Dans certains quartiers du centre-ville de Winnipeg, 80 p. 100 des enfants présentent l'une de ces caractéristiques, tandis que dans les milieux aisés, ils sont moins de 10 p. 100. Mme Yeates parlait de recueillir des données au niveau local; celles-ci s'en rapprochent beaucoup.

À la page suivante, on montre comment la politique actuelle en matière de garde d'enfants du gouvernement offre des services de garderie agréés à la ville de Winnipeg. Le Manitoba est doté de l'un des meilleurs systèmes de services de garde agréés au Canada. Il n'y a que le Québec qui offre plus de financement — plus de places subventionnées, une formation supérieure, et cetera.

Toutefois, étant donné la façon dont le système est conçu, il n'offre pas de services de garde aux enfants vivant dans les secteurs du centre-ville car les garderies sont financées pour les mères qui travaillent. On ne compte pas beaucoup de mères qui travaillent dans les familles que je viens de décrire. Le gouvernement, en collaboration avec ses ministères, a commencé à s'intéresser sérieusement à la question et à prendre des mesures.

Pour terminer, je vais donner un autre exemple qui montre la façon dont ces bases de données peuvent être utilisées. Quelqu'un voulait savoir si c'était le bon comité à qui en parler parce que je voulais également examiner une proposition pour mener une évaluation de la situation réelle des médicaments. On ne teste pratiquement jamais les médicaments sur les enfants avant qu'ils n'arrivent sur le marché. On ne les teste pas non plus sur un grand nombre de groupes à risque élevé ou, si on le fait, ce sont sur des groupes à risque très élevé et les médicaments sont administrés à bien des gens relativement en bonne santé.

Building on these databases, we are trying to set up a way of tracking safety and effectiveness issues with drugs after they come to market. That is another area where I think, potentially, encouraging the support of these databases could be very powerful tools for improving population health.

The Chair: Ms. Yeates, you will forgive me for taking a bit of time to frame this question, but I have wanted to ask you this for a long time. I will be asking you again in a couple of months when we organize a round table to get at some methodologies.

We have seen great developments in Canada in the last decade or two. CIHI and CIHR are the two most relevant institutes. There are another 11 institutes, as well as the new Public Health Agency of Canada. There has been progress in the provinces with their public health agencies and organization that has allowed us to get programs down to the community level. My own thinking is that we must get to the community level where we can integrate the dozen or so major determinants of health if we are to elevate population health, particularly in the very low population health groups.

If we are to do all that, we must be able to measure what we are doing. If we are blessed by having collective governments, agencies and NGOs adopt the recommendations we make or the framework we suggest to them, the most important thing going in there is that we be able to measure, from day one, the impact analysis of what we are doing on the population group. At this point in time, can you see a way of doing that between your own organization, the organizations I mentioned and numerous other organizations? The resources we have across the country are amazing; it just seems that they are not integrated.

The committee just came back from Cuba. We wanted to look at the polyclinics down there that bring health, social services, education and science to the community level. I cannot prejudge our report, but I think it is inevitable that we will get to that point in Canada.

I apologize to the rest of the panel for going on, but this is really important. Do you think we have the machinery in place whereby we can institute a process of health impact analysis, or maybe there is better terminology?

Ms. Yeates: I absolutely agree that there are tremendous resources. We are much better served in the country in terms of having the data available than we were 10 or 20 years ago. There is much better data available now.

There are a couple of levels at which one can think of a health impact analysis. One is the broader level, namely, looking at how a neighbourhood is doing over time as we do interventions. There is a health indicator framework that CIHI and Statistics Canada have put out. We have population health indicators and the determinants of health indicators, along with some of the health indicators of health services, which might include primary health care and hospital indicators. Having an indicator framework that

À l'aide de ces bases de données, nous essayons d'établir une façon de repérer les problèmes d'innocuité et d'efficacité des médicaments après leur arrivée sur le marché. C'est un autre secteur où, d'après moi, ces bases de données pourraient constituer d'excellents outils pour améliorer la santé de la population.

Le président : Madame Yeates, vous m'excuserez de prendre un peu de temps pour formuler cette question, mais il y a longtemps que je veux vous la poser. Je vous la reposerai dans quelques mois quand nous tiendrons une table ronde sur certaines méthodologies.

Nous avons observé de grandes réalisations au Canada au cours des vingt dernières années. L'ICIS et l'IRSC sont les deux plus importants instituts. Il y en a 11 autres, en plus de la nouvelle Agence de la santé publique du Canada. Les provinces ont réalisé des progrès avec leurs organismes de santé publique qui nous ont permis d'offrir des programmes à l'échelle communautaire. À mon avis, nous devons travailler au niveau des collectivités où nous pouvons intégrer la douzaine de grands déterminants de la santé si nous voulons améliorer la santé de la population, particulièrement chez les groupes dont l'état de santé est très mauvais.

Si nous voulons y parvenir, nous devons pouvoir mesurer ce que nous faisons. Si nous avons la chance que les différents gouvernements, les organismes et les ONG adoptent les recommandations que nous formulons ou le cadre de travail que nous leur suggérons, le plus important, c'est de pouvoir mesurer, dès le départ, les répercussions de notre travail sur la population. À l'heure actuelle, pouvez-vous penser à un moyen d'y arriver entre votre institut, les organisations que j'ai mentionnées et bien d'autres? Nous disposons d'incroyables ressources partout au pays; elles semblent juste ne pas être intégrées.

Le comité vient de rentrer de Cuba. Nous voulions y examiner les polycliniques qui offrent éducation, sciences, services sanitaires et sociaux dans les collectivités. Je ne peux pas préjuger notre rapport, mais je pense qu'il est inévitable que nous en arriverons là au Canada.

Je m'excuse auprès des autres témoins si je m'éternise, mais c'est vraiment important. Croyez-vous que nous disposons des rouages pour pouvoir établir un processus d'analyse des répercussions sur la santé, ou peut-être existe-t-il une meilleure terminologie?

Mme Yeates : Je conviens tout à fait qu'il existe d'immenses ressources. Nous sommes beaucoup mieux servis au pays en fait de disponibilité des données qu'il y a 10 ou 20 ans. Les données disponibles sont nettement meilleures de nos jours.

On peut penser à quelques niveaux où mener une analyse des répercussions sur la santé. Tout d'abord, il y a le niveau plus général, soit l'évolution d'un quartier au fil des ans au fur et à mesure de nos interventions. L'ICIS et Statistique Canada ont rendu public un cadre d'indicateurs de la santé. Nous avons des indicateurs de la santé de la population et des déterminants de la santé, de même que des indicateurs des services de santé, ce qui pourrait inclure des indicateurs de soins de santé primaires et des

you measure over time in a standardized way allows you to see which communities are moving and where changes are happening in which indicators. The indicator framework in Canada is powerful. However, the indicators are not developed in all cases, so there is more work to be done. It takes time to develop those indicators and then to ensure we have the data to fill them. Increasingly we can do that.

Our indicators at provincial levels are useful in some policy contexts. When you bring it down to city or regional levels, they are helpful for others. If you are running a regional or municipal health authority, the city-level analyses might be helpful. Increasingly, as Ms. Roos mentioned as well, we find that the neighbourhood analyses are strong. For example, we are working with urban medical health officers across the country to give them a template. We use similar analyses from our data and they have some local sources so that we can put out reports city by city that look at some of the neighbourhood-by-neighbourhood factors. Locally, people have a much greater awareness of their policy environment and what they might do. Working on comparable data and getting it out to the local level makes a difference.

In terms of intervention research, you have to look at a particular research frame to know the impact of some policies and the causal links because many things will be going on in a neighbourhood. For example, you might want to know whether a program to fight obesity in Nova Scotia schools is working. Some programs designed to combat obesity in schools did not make a difference and some did make a difference. We were able then to question that difference given that both programs were well designed with good intentions. Sometimes we need that research at a specific level to determine what works because a broad indicator might not catch the impact of a specific intervention. There is need for, first, a strong indicator framework — and we are well on the way — made increasingly useful by drawing the data down to as local a level as possible; and, second, on specific interventions, the research that looks at a specific type of intervention, its impact and whether it made a difference.

The Chair: Ms. Roos, I have a question for you but perhaps you would like to comment on Ms. Yeates remarks first.

Ms. Roos: I would reinforce what Ms. Yeates is saying. We are working with the Healthy Child Committee of Cabinet in Manitoba, which works across different ministries focused on children. They are trying to buy into a proposal to do a randomized trial of children coming into a summer program based in inner city schools so these children do not lose what they have learned the previous year by having nothing to do all summer.

hôpitaux. En ayant un cadre d'indicateurs que vous mesurez au fil du temps d'une manière normalisée, vous pouvez savoir quelles collectivités progressent et dans quels indicateurs des changements se produisent. Le cadre d'indicateurs au Canada est efficace. Toutefois, puisque les indicateurs ne sont pas élaborés pour toutes les situations, il reste encore du travail à faire. Il faut du temps pour mettre au point ces indicateurs, puis nous assurer que nous disposons des données pour les étayer. De plus en plus, nous pouvons le faire.

Nos indicateurs au niveau des provinces sont utiles dans certains contextes politiques. Quand vous les appliquez à l'échelle municipale ou régionale, ils sont utiles à d'autres. Si vous dirigez une organisation de santé régionale ou municipale, les analyses menées dans les villes peuvent être utiles. Comme Mme Roos l'a mentionné aussi, nous observons que les analyses des quartiers sont de plus en plus efficaces. Par exemple, nous travaillons avec des médecins conseils en santé publique dans des villes de partout au pays pour leur fournir un modèle. Nous utilisons des analyses semblables à partir de nos données et ils ont des sources locales de sorte que nous pouvons publier des rapports ville par ville qui examinent quelques-uns des facteurs quartier par quartier. Au niveau local, les résidents connaissent beaucoup mieux leur contexte politique et ce qu'ils pourraient faire. Travailler sur des données comparables et les communiquer à l'échelle locale donne des résultats.

Pour ce qui est de la recherche interventionnelle, vous devez vous pencher sur un cadre de recherche particulier pour connaître les répercussions de certaines politiques et les liens de causalité, car bien des initiatives seront menées dans un quartier. Par exemple, vous voudrez peut-être savoir si un programme de lutte contre l'obésité mené dans des écoles de la Nouvelle-Écosse fonctionne. Certains de ces programmes ont donné des résultats tangibles et d'autres, pas. Nous avons alors pu remettre en question ces résultats étant donné que tous les programmes étaient bien conçus et créés avec de bonnes intentions. Parfois, nous devons effectuer cette recherche à un niveau donné pour déterminer ce qui fonctionne puisqu'un indicateur général pourrait ne pas avoir relevé l'incidence d'une intervention donnée. D'une part, nous avons besoin d'un cadre d'indicateurs solide — et nous sommes en voie d'y parvenir — qui s'est révélé de plus en plus utile en détaillant les données le plus localement possible. D'autre part, pour des interventions données, il faut mener des recherches qui se penchent sur un type d'intervention précis, ses répercussions et ses résultats.

Le président : Madame Roos, j'ai une question pour vous, mais vous aimeriez peut-être d'abord commenter les propos de Mme Yeates.

Mme Roos : Je confirme ce que dit Mme Yeates. Nous travaillons avec le Healthy Child Committee of Cabinet du Manitoba, qui collabore avec différents ministères qui mettent la priorité sur les enfants. Ils essaient d'approuver une proposition visant à effectuer un essai randomisé parmi des enfants inscrits à un programme d'été dans des écoles situées dans des quartiers urbains défavorisés pour qu'ils n'oublient pas ce qu'ils ont appris au cours de l'année en ne faisant rien de tout l'été.

We met with school principals and suggested that they cannot provide this program to everyone, and they agreed. They had a way of trying to identify the program participants, but they were perfectly happy to have us randomize and send out invitations. They were going to be transparent, and sell it. Combined with that, we then have the databases to track how the kids did who were not there, how many injuries they had, et cetera. That combination is powerful.

Incidentally, CIHI supported the powerful research that I described earlier. A combination of support and powerfully designed intervention research in the various provinces is important.

The Chair: We would like to get at the relationship between health and productivity in a meaningful way. Everyone has been talking about population health since former Minister of Health Marc Lalonde brought the issue forward many years ago, but the subject tends to put people to sleep. However, when you talk about health disparities, you get more traction and people begin to listen and to understand what you are talking about. If you really want to get someone's attention, you talk about health and productivity.

The problem is finding the hard data relating to health and productivity. Many times I have gone out on a limb and said that there is an undeniable relationship between health and productivity, but we need hard data to support that comment. Can you enlighten us in that regard?

Ms. Roos: That is an interesting challenge. We know that the same factors that are related to health are related to education. Socio-economic status is strongly related to educational achievement, and no one has any problem understanding the importance of education. If you cannot get kids to the point where they graduate from high school, they will certainly not move forward in the economy of the 21st century.

In area of southeastern Manitoba, the Rotary Club has been working with the rural health organizations. They have literacy days. Dr. Fraser Mustard has been out there and convinced them that to get the population health message out to people, you have to do a broad scope. That would be my focus.

The Chair: I would like to discuss this more, but I will move to senators' questions. First is Senator Eggleton, former Mayor of the City of Toronto. Senator Eggleton is Chair of the Social Committee, which is doing a concurrent study on cities.

Senator Eggleton: Ms. Yeates, you were specific in outlining three factors to a federal role, but I think you let the federal government off a little too lightly. There are three very good areas: data collection to strengthen the database; intervention research; and electronic records, which is long overdue. These strike me as proposals relevant to the traditional health sector that would likely fit in well with Health Canada. Of course, when we talk about population health, we are talking as well about social determinants of health, such as poverty, housing,

Nous avons rencontré des directeurs d'école et avons laissé entendre qu'ils ne peuvent pas offrir ce programme à tous, et ils en ont convenu. Ils avaient un moyen d'essayer de cibler les participants au programme, mais ils ne voyaient absolument aucun inconvénient à ce que nous procédions à une sélection au hasard et fassions parvenir des invitations. Ils allaient faire preuve de transparence et promouvoir le programme. À cela s'ajoutent les bases de données pour savoir comment les enfants qui n'y ont pas participé s'en sont tirés, le nombre de leurs blessures, et cetera. Cette combinaison est efficace.

Soit dit en passant, l'ICIS a appuyé les recherches efficaces que j'ai décrites tout à l'heure. Il est important d'avoir une combinaison de soutien et de recherche interventionnelle conçue de manière efficace dans les différentes provinces.

Le président : Nous aimerions étudier sérieusement le lien entre la santé et la productivité. Tout le monde parle de la santé de la population depuis que l'ancien ministre de la Santé, Marc Lalonde, a soulevé la question il y a de nombreuses années, mais le sujet a tendance à ennuyer les gens. Toutefois, quand on parle de disparités sur le plan de la santé, on retient davantage l'intérêt et on commence à écouter et à comprendre ce qu'on dit. Si on veut vraiment attirer l'attention des gens, parlons santé et productivité.

Le problème, c'est de trouver les données tangibles liées à la santé et à la productivité. J'ai souvent osé dire qu'il existait un lien indéniable entre la santé et la productivité, mais nous avons besoin de données tangibles pour corroborer cette affirmation. Pouvez-vous nous éclairer à cet égard?

Mme Roos : C'est un défi intéressant. Nous savons que les mêmes facteurs qui sont liés à la santé sont aussi liés à l'éducation. La situation socioéconomique est étroitement liée au rendement scolaire et tout le monde comprend sans problème l'importance de l'éducation. Si on ne peut pas faire en sorte que les enfants obtiennent leur diplôme d'études secondaires, ils ne progresseront sûrement pas dans l'économie du XXI^e siècle.

Dans le sud-est du Manitoba, le Club Rotary collabore avec les organisations de la santé en milieu rural. Ils organisent des journées axées sur l'alphabétisation. Le Dr Fraser Mustard est allé là-bas et les a convaincus que pour véhiculer le message sur la santé de la population aux résidents, il faut le faire à grande échelle. Je me concentrerais là-dessus.

Le président : J'aimerais en discuter plus en profondeur, mais je vais passer aux questions des sénateurs. Nous allons commencer par le sénateur Eggleton, ancien maire de la Ville de Toronto. Il est le président du comité des affaires sociales, qui mène une étude parallèle sur les villes.

Le sénateur Eggleton : Madame Yeates, vous avez présenté trois facteurs précis liés au rôle du fédéral, mais je crois que vous laissez le gouvernement s'en tirer à bon compte. Il y a trois excellents secteurs : la collecte de données pour consolider la base; la recherche interventionnelle; et les dossiers électroniques, qui se font attendre depuis longtemps. Cela me paraît être des propositions relevant du secteur de la santé traditionnel qui cadreraient probablement bien avec Santé Canada. Bien entendu, quand on parle de santé de la population, on parle

education, early childhood learning, environment, et cetera, not all of which are part of the traditional role of the federal government and the Minister of Health. How do you see that being covered here? I am thinking in particular about the intervention research. You suggest that getting into that area will involve dealing with these other areas that I mentioned. However, that does not fit into the silo system of the federal government and its whole-of-government approach, which is very tough. They have tried in other countries, the U.K. for example, where they have high-level cabinet participation. How will this fit in with the recommendations you have made so that these other areas of population health are covered, not just the traditional health sector.

Ms. Yeates: In my previous role, I was a provincial deputy minister, so I bring that provincial history with me to a certain extent. My experience was in Saskatchewan and Ms. Roos mentioned some of the attempts in Manitoba. As people try to work across ministries, at any government level, one of the things that pulls them together is data and information. The structures do not particularly support it, but when you can show those kinds of things that pull people out of their silos effectively, I think that is very helpful.

One of the challenges in making the case to various ministries is that there can be no data. I have been in social services and health at a provincial level, as well as the Department of Finance, and my observation would be that the case can be made much more strongly in areas where you have strong data. Where you lack that data, you are working on theories and suppositions. It is not nearly as effective in getting your colleagues to rally to a common cause.

When I think of intervention research, I think of the federal role as having a strong possibility for funding. There is a strong lead for federal funding capacity in CIHR and other bodies. I think of agencies like ours as having a responsibility to get some of that research into the hands of not only health departments; we specifically target other sectors.

When we finished our report on urban health, we sent it to all the mayors of the country and to education departments. We had planning departments phone us and want to engage in that.

We are very much trying to work beyond those silos. I agree with you; the solutions lie increasingly not within them.

In terms of where I think the federal government can help in that integration, I see them as having a strong role in research and data. Those are two key tools that they can use to help the integration locally, but there may well be others that you, as a committee, have studied.

Senator Eggleton: Given this wide range of areas that affect population health, in a government context, different ministries look after that. More significant than that is the fact that most of those other ministries are at the provincial level, or maybe

de déterminants sociaux, comme la pauvreté, le logement, l'éducation, l'apprentissage des enfants d'âge préscolaire, l'environnement, et cetera, qui ne s'inscrivent pas tous dans le rôle traditionnel du gouvernement fédéral et du ministre de la Santé. D'après vous, comment cela sera-t-il couvert? Je pense plus particulièrement à la recherche interventionnelle. Vous laissez entendre que pour s'attaquer à ce secteur, il faudra s'occuper des autres secteurs que j'ai mentionnés. Toutefois, cela ne cadre pas avec le système de cloisonnement du gouvernement fédéral et son approche pangouvernementale, ce qui est très difficile. On l'a essayé dans d'autres pays — au Royaume-Uni, par exemple —, il y a une participation du cabinet de haut niveau. Comment cela cadrera-t-il avec les recommandations que vous avez faites pour que ces autres secteurs de la santé de la population soient couverts, et non pas seulement le secteur de la santé traditionnel?

Mme Yeates : J'ai déjà été sous-ministre provinciale, et je m'inspire de cette expérience jusqu'à un certain point. C'était en Saskatchewan et Mme Roots a évoqué quelques-unes des tentatives au Manitoba. Puisque les gens essaient de collaborer avec les ministères, à n'importe quel palier gouvernemental, les données et les informations constituent l'un des éléments qui les réunissent. Les structures ne l'appuient pas particulièrement, mais quand on peut montrer ce genre de choses qui amène les gens à abattre les cloisons, je crois que c'est très utile.

L'un des problèmes pour rallier les différents ministères, c'est l'absence possible de données. J'ai travaillé pour des services sanitaires et sociaux au palier provincial, ainsi qu'au ministère des Finances, et j'affirmerais qu'on peut défendre l'idée avec plus de vigueur dans les secteurs où on a des données solides. Là où les données font défaut, on travaille avec des théories et des suppositions. C'est loin d'être aussi efficace pour convaincre vos collègues à faire cause commune.

Lorsque je pense à la recherche interventionnelle, je pense à l'énorme possibilité de financement du gouvernement fédéral. Il joue un rôle de premier plan pour le financement de l'IRSC et d'autres entités. À mon avis, des organismes comme le nôtre ont la responsabilité de déléguer une partie de cette recherche et ce, pas seulement aux ministères de la Santé; nous ciblons précisément d'autres secteurs.

Quand nous avons terminé notre rapport sur la santé dans les villes, nous l'avons envoyé à tous les maires du pays et aux ministères de l'Éducation. Nous avions prévu que les ministères nous appellent pour nous annoncer qu'ils veulent faire leur part.

Nous essayons fortement de faire tomber ces cloisons. Je suis de votre avis; les solutions se trouvent de plus en plus dans la collaboration.

Je crois que le gouvernement fédéral peut contribuer à cette intégration en assumant un rôle de premier plan en recherche et en collecte de données. Ce sont deux outils clés qu'il peut utiliser pour favoriser l'intégration au niveau local, mais il se peut fort bien que votre comité en ait étudié d'autres.

Le sénateur Eggleton : Compte tenu de ce vaste éventail de secteurs qui touchent la santé de la population, différents ministères s'en occupent. Ce qui importe le plus, c'est que la plupart de ces autres ministères sont au palier provincial, ou

delivery of service at the municipal level. What is the federal role in all of that? Do you see them pulling the provinces in together trying to develop a strategy? I think Ms. Roos used the phrase "national strategy" in her paper. What do you think?

Ms. Yeates: I do not know that I have an opinion as an information organization. As a former provincial person, I think it is helpful for governments to be clear about who does what best and who is well situated to do what best. Being clear about that and knowing what level of government can make the most difference is an important issue in this country, and sometimes we do that better than at other times.

There are certain things in a country of this size and diversity that the federal government does well and effectively, and there are other things that provinces and cities do well.

I was intrigued by the question because your committee has obviously been grappling with the question of what is the federal role. It is important to ensure that we think about how to move this population health agenda forward at each of those levels.

Senator Eggleton: Ms. Roos, right on the front page of your document it says "Encourage National Strategy." How do you think the federal government should go about doing that?

Ms. Roos: I am seeing attempts in Alberta to bring together five ministries and all the data from those ministries. B.C. is trying to do this as well. People from three different ministries in Ontario visited us last week because they are also trying to bring together education data, family services data, et cetera. The same thing is happening in Halifax.

The federal role is often around funding, either through CIHI or CIHR. An initiative in this area would be hugely helpful, but also around setting standards and guidelines, bringing people together to ensure that if you are going to do it, you do it in a way to produce things that are similar; you can count things the same way.

Another helpful initiative would be the sort of thing we are doing now in Manitoba with the Business Council, trying to foster an understanding — somewhere outside of academia and outside of your committee and Fraser Mustard — as to why these issues are important for the productivity of Canadian society.

We need to put some traction on this issue. No one will deny that it is nice to talk about kids. I was on the health forum. Getting the public to understand population health is not easy. Business could take a very prominent role. Minneapolis and Hamilton have been proactive. The Business Council is bringing them to Winnipeg to talk to the business people there and the public, and I think that might be a very powerful role.

peut-être des services offerts au palier municipal. Quel est le rôle du fédéral dans tout cela? Le voyez-vous mobiliser les provinces pour essayer d'élaborer une stratégie? Je crois que Mme Roos a utilisé l'expression « stratégie nationale » dans son mémoire. Qu'en pensez-vous?

Mme Yeates : Je ne sais pas si j'ai une opinion en tant que représentante d'un organisme d'information. Comme ancienne fonctionnaire provinciale, je crois qu'il est utile que les gouvernements énoncent clairement qui excelle en quoi et qui est le mieux placé pour accomplir le travail. Établir clairement quel palier de gouvernement peut faire le plus bouger les choses est important au pays, et nous y parvenons mieux parfois qu'à d'autres moments.

Il y a certaines choses dans un pays de cette taille et de cette diversité que le gouvernement fédéral fait bien et efficacement et d'autres, que les provinces et les villes font bien.

La question m'a intriguée parce que votre comité s'est visiblement interrogé sur le rôle du fédéral. Il est important de réfléchir à la façon de faire progresser ce programme en matière de santé de la population à chacun de ces paliers.

Le sénateur Eggleton : Madame Roos, à la première page de votre document, on peut lire « Favoriser l'adoption d'une stratégie nationale ». D'après vous, comment le gouvernement fédéral devrait-il s'y prendre pour y arriver?

Mme Roos : Je vois que l'Alberta tente de réunir cinq ministères et toutes les données de ceux-ci. La Colombie-Britannique essaie de faire la même chose. Des gens de trois ministères différents en Ontario nous ont rendu visite la semaine dernière parce qu'ils essaient également de rassembler des données sur l'éducation, les services à la famille, et cetera. La même chose se produit à Halifax.

Le rôle du fédéral a souvent trait au financement, soit par l'entremise de l'ICIS ou de l'IRSC. Une initiative dans ce secteur serait énormément utile, mais surtout pour ce qui est d'établir des normes et des lignes directrices, de réunir des gens pour faire en sorte que si vous décidez de le faire, ce sera de façon à engendrer des résultats semblables; vous pouvez compter les choses de la même façon.

Ce qui serait utile également, ce serait le type d'initiatives que nous menons actuellement au Manitoba avec le Conseil des chefs d'entreprise, qui visent à favoriser une meilleure compréhension — à l'extérieur du cadre des milieux universitaires, de votre comité et de Fraser Mustard — des raisons pour lesquelles ces questions revêtent une importance pour la productivité de la société canadienne.

Nous devons attirer l'attention sur cette question. Personne ne niera qu'il est bien de parler des enfants. Je faisais partie du forum sur la santé. Sensibiliser le public à la santé de la population n'est pas chose facile. Les entreprises pourraient assumer un rôle de premier plan. Minneapolis et Hamilton ont agi de manière proactive. Le Conseil des chefs d'entreprise se réunira à Winnipeg pour parler aux gens d'affaires et au public, et je crois que cette rencontre pourrait jouer un rôle très déterminant.

The Chair: Senator Segal is next. Senator Segal introduced a very interesting motion yesterday in the Senate and made a superb speech that we will integrate into our documents here.

Senator Segal: Thank you, chair.

I know it is not easy for the witnesses to step out of their formal roles [*inaudible*].

Slide 15, entitled "Manitoba Kids at Risk," breaks up the 31 per cent of children who have at least one risk. The slide indicates that 14 per cent are in poverty, with the family receiving income assistance; 17 per cent have a teen mother; and another 17 per cent are in care or protection. With respect to the second and third categories, you are not suggesting that these are well-to-do people who happen to have a teen mother. These people will have a similar income, I assume.

Ms. Roos: Yes.

Senator Segal: If you only use poverty as a defining frame for the first 14 per cent, are you saying that in the second two categories poverty is not an issue?

Ms. Roos: No, I am not. Everyone assumed, before we put this together, that those were basically the same people. It turns out that many of them are, but certainly not all of them.

Senator Segal: They are defining characteristics.

If you were asked not about health determinants and not about population health, per se, but rather how you would spend \$120 million to increase population health in the most radical and appropriate way, using the money most effectively, how would you respond?

There are enough organizations like CIHI that do outstanding work from which we all benefit. Diagnostic tools are always getting better and people are working intensely on those. However, we are bereft of the instrument by which you take the diagnosis and make a real difference in people's lives before they die, before their kids are lost, before a community is bereft of options. What is the instrument? If you had to choose the most salient instrument that will produce the best results, would it be income security? As I look at some of your numbers, it seems to me that education is a somewhat better predictor than income, although who gets an education is, as you yourself said, determined by income and other issues. Please give us your best advice.

Ms. Roos: We need to invest in kids for the first 17 years with targeted universal programs in the highest risk communities. We need to do whatever it takes to provide them with nurturing early childhood experiences, for example making enriched child care available at very early ages.

Le président : Le sénateur Segal est le prochain intervenant. Il a présenté une motion très intéressante hier au Sénat et a prononcé un superbe discours que nous intégrerons à nos documents ici.

Le sénateur Segal : Merci, monsieur le président.

Je sais que ce n'est pas facile pour les témoins de se détacher de leurs fonctions officielles [*inaudible*].

La diapositive n° 15, intitulée « Enfants à risque du Manitoba », montre que 31 p. 100 des enfants présentent au moins un facteur de risque. Elle indique que 14 p. 100 vivent dans la pauvreté et sont issus d'une famille qui reçoit une aide au revenu; 17 p. 100 sont nés d'une mère adolescente; et 17 p. 100 sont des enfants pris en charge ou bénéficiant d'une protection. Pour ce qui est de la deuxième et de la troisième catégories, vous ne dites pas qu'il s'agit d'enfants issus de milieux nantis qui ont une mère adolescente. Ces gens auront un revenu semblable, je présume.

Mme Roos : Oui.

Le sénateur Segal : Si vous n'utilisez que la pauvreté comme facteur déterminant pour les 14 p. 100, êtes-vous en train de dire que la pauvreté n'est pas un problème dans les deux autres catégories?

Mme Roos : Non. Tout le monde a présumé, avant que nous compilions ces statistiques, qu'il s'agissait essentiellement des mêmes personnes. C'est le cas pour un grand nombre d'entre elles, mais certainement pas pour toutes.

Le sénateur Segal : Ce sont des caractéristiques déterminantes.

Si on vous demandait, sans égard aux déterminants, ni à la santé de la population en tant que tels, comment vous dépenseriez 120 millions de dollars pour améliorer la santé de la population de la manière la plus radicale, adéquate et efficace possible, que répondriez-vous?

Il y a suffisamment d'organisations comme l'ICIS qui accomplissent un travail formidable dont nous bénéficions tous. Les outils de diagnostic s'améliorent sans cesse et les gens multiplient leurs efforts en ce sens. Nous sommes toutefois privés de l'instrument qui nous permettrait d'utiliser le diagnostic et de changer véritablement les choses dans la vie des gens avant qu'ils ne meurent, qu'ils ne perdent leur enfant ou que leur communauté ne soit à court d'options. De quel instrument s'agit-il? Si vous deviez choisir l'instrument susceptible de produire les meilleurs résultats, est-ce que ce serait la sécurité du revenu? À la lumière de quelques-unes de vos données, il m'apparaît que l'éducation est un meilleur indicateur que le revenu bien que celui-ci, comme vous l'avez dit vous-même, soit l'un des facteurs déterminants dans l'accès à l'éducation. Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Mme Roos : Il nous faut investir dans nos enfants au cours de leurs 17 premières années au moyen de programmes universels ciblés dans les collectivités où les risques sont les plus élevés. Nous devons tout mettre en œuvre pour leur offrir dès la petite enfance des expériences stimulantes, en leur donnant dès le départ l'accès à des services de garde bonifiés.

We need to prevent teen pregnancies in young women who have grown up in poverty. When they have kids, it starts a vicious cycle. Investing in their kids produces better results. I would invest early and often throughout childhood.

Ms. Yeates: I support what Ms. Roos said. From my experience in social services, I believe that one of the best instruments is income security; supporting the kids, but also supporting the parents. Income support programs are important, and the source of the income support also matters. Income support and income from other sources are both helpful for children. The way we support families is important because intergenerational effects can make a difference.

We need to offer support through positive environments in those families. [inaudible]

Keith Denny, Acting Manager, Canadian Institute for Health Information (CIHI): I agree with the early childhood development. I would say that we have a lot of research [inaudible]. We also have a whole range of health outcomes.

We still have an underdeveloped sense of what works. We need to find out how those lenses work and what mechanisms link them to those outcomes. Even with all that money to spend, we still need research that helps us understand what those things look like so that we can then evaluate the impasses. I would go back to that. We still need to elaborate our understanding of cause and the mechanisms between the determinants of health.

Senator Cochrane: I had not heard about concentrating on mothers who are about to have a newborn baby. When a child is born, it is important to ensure that the mother has enough information whereby she can get the right vitamins, food and so on so that she has enough weight on her when the baby is born. [inaudible] Do you have any data on that?

Ms. Roos: In our CIHI study, this was one of the most "aha!" moments. We know that women who are in poverty do not eat well, as you just described. We know that they are more likely to have low birth weight babies — that is, babies who are not as healthy as others.

If you look at slide 13, we found that at birth all children are overwhelmingly similar, regardless of their background. Over 90 per cent of the children are indistinguishable, whether their parents have been on income assistance, a teen mother or whatever. [inaudible]

Nous devons prévenir la grossesse chez les adolescentes qui ont grandi dans la pauvreté. Lorsque ces adolescentes ont des enfants, c'est le début d'un cercle vicieux. C'est en investissant dans nos enfants qu'on obtient les meilleurs résultats. Je préconiserais des investissements précoces et fréquents pendant toute l'enfance.

Mme Yeates : Je suis d'accord avec ce que Mme Roos vient de dire. Mon expérience des services sociaux me porte à croire que le soutien du revenu est l'un des instruments les plus efficaces à notre disposition; il faut appuyer les enfants, mais aussi leurs parents. Les programmes de soutien du revenu sont nécessaires, mais les différentes sources de revenu ont également leur importance. Tant les mesures de soutien du revenu que les sommes en provenance d'autres sources sont bénéfiques pour les enfants. Notre mode de soutien aux familles est déterminant car les effets intergénérationnels peuvent faire toute la différence.

Nous devons offrir notre soutien en créant un climat favorable au sein de ces familles. [inaudible]

Keith Denny, gestionnaire intérimaire, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : J'estime aussi que le développement de la petite enfance est important. Nous pouvons compter sur une grande quantité de recherches [inaudible]. Nous avons également un large éventail de résultats en matière de santé.

Nous n'avons toutefois pas encore une idée exacte de ce qui fonctionne ou pas. Nous devons apprendre à mieux nous servir de ces optiques d'analyse en déterminant les mécanismes qui les associent aux différents résultats. En dépit de toutes les sommes déjà dépensées, nous avons encore besoin de recherches pour nous aider à mieux comprendre comment cerner tous ces éléments de manière à évaluer les impasses. J'en reviendrais à cela. Il nous faut encore améliorer notre compréhension des causes et des mécanismes associés aux déterminants de la santé.

Le sénateur Cochrane : Je n'ai pas entendu parler des efforts à concentrer sur les mères en devenir. Lorsqu'une femme est enceinte, il est primordial de s'assurer qu'elle dispose de toute l'information requise de manière à pouvoir se procurer les vitamines, la nourriture et les autres éléments qui conviennent pour assurer un poids suffisant à la naissance du bébé. [inaudible] Avez-vous des données à ce sujet?

Mme Roos : Ce fut l'une des grandes révélations pour moi dans l'étude réalisée par l'ICIS. Nous savons que les femmes vivant dans la pauvreté n'ont pas une alimentation saine, comme vous venez de l'indiquer. Nous savons qu'elles risquent davantage d'accoucher de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance, c'est-à-dire de bébés en moins bonne santé.

En regardant la diapositive 13, nous pouvons constater que les enfants sont presque tous semblables à la naissance, sans égard à leurs antécédents familiaux. Plus de 90 p. 100 des enfants sont en effet indifférenciables, que leurs parents vivent de l'aide sociale, qu'ils soient nés d'une mère adolescente ou peu importe. [inaudible]

I am not denying that it is not important to deal with nutrition issues, et cetera, during pregnancy, because it is. The overwhelming issue is not what happens before birth; it is what happens during those first years. [inaudible]

Senator Callbeck: You talked about the present role and you gave three examples about what the federal government should be doing. What is the electronic health record? Will it provide standardized comparable data? We have been talking about this for years. Where are we now? Is every province doing its own thing?

Ms. Yeates: It is an enormous undertaking. Canada Health Infoway is working across the country to help support the projects that go to make this up. They have imposed certain standards on interoperability and what I think are the messaging standards.

We have learned from health and information science initiatives that have brought people from other countries to look at the question of whether to use this system in the first instance or with individualized health. For example, as an individual, my lab test would be with my specialist or my GP. I think we all understand the case for electronic health records.

Across the world, some countries have done better than others. This is called secondary use of data. It is not a phrase that offers a particularly good description as it implies a sense of unimportance. The ability to pull health information from these records, in privacy sensitive ways, that would allow us to understand population health trends and impacts is enormously powerful. To do that, however, we must standardize definitions. For example, you may ask whether we are experiencing more diabetes in Winnipeg than in Halifax or Vancouver, or whether the interventions in Halifax are more successful in treating diabetes; that is, are they having fewer eye or foot problems than elsewhere? To know those things on a population basis, we have to define a foot or eye problem or even diabetes in the same manner from place to place. To do that requires standardization. That is something on which we need to focus.

As we make this important and vast investment in electronic health records, it is important to note that it must not only be good for individuals but also serve to support population health impact analyses. If we have that vision, we will design the framework slightly differently, and I think that will be important.

Senator Callbeck: You say that pieces are being standardized. Have any been standardized?

Je ne nie pas l'importance des questions d'alimentation et des autres problèmes pouvant être vécus pendant la grossesse, car ils sont déterminants. Mais ce n'est pas ce qui se passe avant sa naissance qui compte le plus pour un enfant, mais bien ce qui se produit au cours des premières années de sa vie. [inaudible]

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé du rôle actuel du gouvernement fédéral en suggérant trois possibilités quant aux actions qu'il devrait entreprendre. En quoi consiste le dossier électronique de santé? Fournira-t-il des données normalisées comparables? Il en est question depuis des années. Où en sommes-nous rendus? Est-ce que chaque province chemine de son côté?

Mme Yeates : C'est une entreprise de très grande envergure. La société Inforoute Santé du Canada est active dans toutes les régions du pays pour appuyer des projets en ce sens. Elle a imposé certaines normes visant l'interopérabilité de même que des normes touchant les messages, je crois.

En matière d'information sur la santé, nous avons profité de différentes initiatives scientifiques auxquelles ont contribué des spécialistes étrangers afin de déterminer s'il convient d'utiliser ce système au départ ou dans une intervention de santé individualisée. Par exemple, les résultats d'un test de laboratoire que je subirais comme patiente seraient directement accessibles à mon spécialiste ou à mon médecin de famille. Je crois que nous comprenons tous les arguments en faveur des dossiers électroniques de santé.

À l'échelle planétaire, certains pays ont fait mieux que d'autres à ce chapitre. C'est ce qu'on appelle l'usage secondaire des données. Je n'aime pas tellement cette expression, car cela donne la fausse impression que cette activité est sans importance. Il est extrêmement avantageux pour nous de pouvoir extraire des données de ces dossiers, en tenant compte des préoccupations relatives à la protection de la vie privée, de manière à mieux comprendre les impacts et les tendances touchant la santé de la population. À cette fin, il nous faut toutefois normaliser les définitions utilisées. Par exemple, vous vous demandez peut-être s'il y a plus de cas de diabète à Winnipeg qu'à Halifax ou à Vancouver, ou si ces cas sont mieux traités à Halifax; vous voulez donc peut-être savoir si les problèmes aux pieds ou aux yeux y sont moins fréquents qu'ailleurs. Pour dégager un portrait de ces éléments à l'échelle d'une population, il faut définir ce qu'on entend par problèmes aux pieds ou aux yeux ou même par diabète, de telle sorte que la définition soit la même partout. Pour ce faire, il faut procéder à une normalisation. C'est un aspect sur lequel nous devons concentrer nos efforts.

Au moment où nous consentons cet investissement majeur et de grande portée dans les dossiers électroniques de santé, il est primordial de bien noter que le système doit être bénéfique non seulement pour les patients eux-mêmes, mais aussi pour les chercheurs qui analysent les impacts sur la santé de la population. En nous inspirant de cette vision, nous pourrions adapter légèrement le cadre d'intervention en conséquence, et j'estime qu'il s'agit là d'un aspect très important.

Le sénateur Callbeck : Vous dites que des éléments du système sont en cours de normalisation. Est-ce que le processus est déjà terminé dans certains cas?

Ms. Yeates: There have been tremendous efforts to build on the investment of one jurisdiction from another. For example, when a drug information issue occurs in certain provinces, there is a learning of impacts from one to another. I do not know all of those local pieces to say how standardized they are. I certainly know that some components are and some components may not need to be.

Our sense is that more work can be done as a country to define what we actually want and expect from these population health data sources. There will be some components that should only be used for individual circumstances and we should leave those data elements there. There may be others that we think should be used at a population health level. Those would be the ones that we need to standardize.

Senator Callbeck: Do you feel that the federal government is playing a strong role in this endeavour?

Ms. Yeates: It is clear that the federal government has made a major investment in the electronic health record, which is critical. We cannot proceed without that kind of investment.

I think that individual jurisdictions have less of an interest in standardization across the country. This is an important potential federal role. In addition to the role that has been made, there is the potential to be clear about the expectations of electronic health records for the kind of population health uses that can, in a privacy sense, be done where appropriate.

Senator Callbeck: Ms. Roos, your presentation indicates that public support is needed for action on these broad issues. You then gave the example on the slide where you showed the real educational outcomes, and the Business Council saw this and made the connection. What role does the federal government have in trying to get the public to understand how population health affects productivity? How can the federal government make people aware of the fact that this contributes to good health? How do we make this connection?

Ms. Roos: I have spent the last 35 years in Manitoba with a few forays into federal issues, and I have some problem knowing factually how to answer that question because I do not know. My sense is that the federal government has powerful potential in partnership with national business organizations that have groups in every province. Let me describe what is happening in Manitoba and maybe you can translate it to the federal level.

The Business Council takes on initiatives. For example, immigration has been their big initiative to solve the labour shortage. They had an all-day session where they consulted with the public, business leaders and government. They had lunch with ministers and their deputies. They set a target that is being met.

Mme Yeates : Des efforts considérables ont été déployés pour que chaque instance puisse miser sur les investissements déjà consentis par les autres. Par exemple, lorsque certaines provinces sont aux prises avec un problème touchant l'information sur les médicaments, il est possible pour chacune de tirer des enseignements sur les conséquences possibles à partir des expériences vécues par l'autre. Je ne connais pas suffisamment les différents éléments des systèmes locaux pour pouvoir vous dire à quel point le processus de normalisation est avancé. Je sais toutefois que certaines composantes ont été normalisées et que la normalisation n'est pas nécessairement requise dans d'autres cas.

À notre avis, il y a encore du travail à faire à l'échelle nationale pour définir ce que nous attendons exactement de ces sources de données sur la santé de la population. Il y a certains éléments qui ne devraient servir qu'au traitement des cas individuels et nous devrions les laisser en place. Il y en a d'autres qui, selon nous, devraient être utilisés au niveau de la santé de la population. C'est dans ces derniers cas que la normalisation est nécessaire.

Le sénateur Callbeck : Croyez-vous que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans cette initiative?

Mme Yeates : On ne peut pas nier que le gouvernement fédéral a investi des sommes considérables dans le dossier électronique de santé, ce qui est essentiel. Nous ne pourrions rien faire sans des investissements semblables.

Je crois que la normalisation à l'échelle du pays revêt moins d'importance pour les différents gouvernements. C'est un rôle crucial qui pourrait incomber au gouvernement fédéral. En outre, on pourrait aussi préciser clairement les attentes relatives aux dossiers électroniques de santé en fonction des utilisations pouvant en être faites aux fins de la santé des populations, dans un souci de protection de la vie privée.

Le sénateur Callbeck : Madame Roos, vous indiquez dans votre présentation que le soutien public est nécessaire pour appuyer l'action dans ces grands dossiers. Il y a une diapositive où vous donnez un exemple dans lequel le Business Council est passé à l'action après avoir été mis au fait des résultats véritables en matière d'éducation. Quel rôle doit jouer le gouvernement fédéral dans les efforts déployés pour faire comprendre aux gens en quoi la santé de la population influe sur la productivité? Comment le gouvernement peut-il s'y prendre pour que les gens se rendent compte que cela est bénéfique pour la santé? Comment pouvons-nous établir ce lien?

Mme Roos : Mis à part quelques intrusions dans les dossiers fédéraux, j'ai passé les 35 dernières années au Manitoba et j'aurais de la difficulté à répondre à cette question car je ne connais pas les faits. Je crois qu'il existe d'excellentes possibilités de partenariat entre le gouvernement fédéral et les associations nationales d'entreprises qui comptent des groupes dans chaque province. Je vais vous décrire ce qui se passe au Manitoba et peut-être pourrez-vous transposer la situation à l'échelle fédérale.

Le Business Council entreprend différentes initiatives. Par exemple, l'immigration est la principale avenue considérée pour régler le problème des pénuries de main-d'œuvre. Une séance d'une journée a été tenue pour consulter la population, les chefs d'entreprise et le gouvernement. Les gens du Business Council ont

and they are very happy with this. That is the type of effort that they will now begin in relation to investing in the at-risk kids agenda. They are bringing in people from Minneapolis and Hamilton and will have an all-day session, again bringing in the ministers. Once the ministers see that the Business Council is interested in this, and if the public buys in, and, of course, the press is very interested in this, then the government, despite all of its competing interests, will think it is important.

Maybe we can get a few examples of at-risk kids who have done well. We have a program in the inner city schools that is working. The United Way, another organization, is starting a poverty council. They are interested in working with this in the United Ways across the country.

The federal government could initiate a series of conversations and consultations around using data that exists in British Columbia, data similar to that which I have presented for Manitoba children. They could do the same thing in Ontario and other provinces. It would be possible to bring together in each locality the potential to persuade the broad community to make a commitment.

Senator Callbeck: Something else I wanted to ask you about was drugs not being tested on our children before the drugs come to market. They are usually tested on healthy adults. This, I guess, is a proposal, is it?

Ms. Roos: Yes. The drug safety and effectiveness research network is a proposal that is now being considered by Health Canada and the provinces.

Senator Callbeck: And the provinces?

Ms. Roos: Across the country.

Senator Callbeck: Thank you.

The Chair: I wish to take you back to the comment you made in response to Senator Cochrane when you said "aha!" in regard to the similarities of infants at birth across socio-economic groups. As I mentioned to you, there is a huge emphasis on prenatal care. I am aware of programs in Canada for First Nations where there has been a heavy emphasis on the change of [inaudible]. I have not talked to [inaudible] about this, but I did talk to him about it last time. He still was convinced [inaudible]. Some of the early development scientists, neurologists and various kinds of research [inaudible] saying, the brain is developed to about one third when a child is born; the other two thirds [inaudible] and a lot of it [inaudible]. If that first third does not occur in the uterus, there is a huge problem. I got the impression that you had the data to back that up. Is that correct?

diné avec les ministres et leurs sous-ministres. Ils ont établi un objectif que l'on est en voie d'atteindre, ce qui les satisfait pleinement. Ils vont maintenant amorcer un effort semblable pour investir dans le dossier des enfants à risque. Ils ont convoqué des spécialistes de Minneapolis et de Hamilton et tiendront une journée d'étude en plus de rencontrer à nouveau les ministres. Lorsque les ministres verront que le Business Council s'intéresse au dossier et si la population emboîte le pas et, bien sûr, si la presse suit de près à la question, alors le gouvernement, malgré tous les intérêts qui l'interpellent, comprendra que c'est important.

Peut-être pourrions-nous présenter quelques exemples de jeunes à risque qui se sont bien tirés d'affaires. Nous avons un programme offert dans les écoles des quartiers défavorisés qui produit de bons résultats. Centraide met actuellement sur pied un conseil de la pauvreté. Il veut mettre à contribution ses différentes instances dans toutes les régions du pays.

Le gouvernement fédéral pourrait lancer une série de discussions et de consultations relativement à l'utilisation des données existantes en Colombie-Britannique, lesquelles sont semblables à celles qui sont présentées concernant les enfants manitobains. La démarche pourrait être reprise en Ontario et dans les autres provinces. On pourrait ainsi se donner les moyens dans chaque localité de convaincre l'ensemble de la communauté à prendre un engagement en ce sens.

Le sénateur Callbeck : J'aurais également une question au sujet des médicaments qui ne sont pas testés sur des enfants avant d'être mis sur le marché. On a en fait recours à des adultes en santé pour tester ces médicaments pour enfants. Il s'agit, je suppose, d'une proposition, n'est-ce pas?

Mme Roos : Oui. L'établissement d'un réseau de recherche sur la sécurité et l'efficacité des médicaments est une proposition actuellement prise en considération par Santé Canada et les provinces.

Le sénateur Callbeck : Et les provinces?

Mme Roos : Dans tout le pays.

Le sénateur Callbeck : Merci.

Le président : Je voudrais vous ramener au commentaire que vous avez formulé en réponse au sénateur Cochrane lorsque vous avez parlé de révélation quant au fait que les enfants des différents groupes socioéconomiques sont presque tous semblables à la naissance. Comme je vous l'ai déjà indiqué, on met énormément l'accent sur les soins prénataux. Je sais qu'il y a au Canada des programmes destinés aux Autochtones où on a beaucoup insisté sur le changement de [inaudible]. Je n'ai pas parlé à [inaudible] à ce sujet, mais je me suis repris à la dernière occasion. Il était toujours persuadé [inaudible]. Selon certains spécialistes du développement de la petite enfance, des neurologues et différentes recherches [inaudible], le cerveau a déjà atteint le tiers de son développement au moment de la naissance; les deux tiers qui restent [inaudible] et, dans une large mesure [inaudible]. Si ce premiers tiers du développement ne se produit pas dans l'utérus, vous avez un problème grave. J'ai cru comprendre que vous disposiez des données nécessaires pour étayer cette théorie. Est-ce exact?

Ms. Roos: We looked at three different measures. One was birth weight. One was gestational age — small for gestational age and large for gestational age. The other was the one- and five-minute Apgar scores that cover the general functioning of a child.

Having looked at those data which suggest that only 11 per cent of kids in income assistance families are passing their grade 12 test on time, compared with 76 per cent, we find that almost 90 per cent of kids at birth are essentially undistinguishable on those measures. When I said it was an “aha!” moment for me, that is what I was describing.

Fetal alcohol syndrome will not be picked up necessarily with those tests. That is something we are now working on. We have a registry regarding fetal alcohol syndrome, and we are trying to determine how much of what we see may be explained by that.

Even the biggest assumptions regarding FASD come nowhere near to explaining the long-term differences we are seeing. To me, the “aha!” is you keep kids in school and the differences in socioeconomic status, or SES, almost go away. Look at the Reading Recovery Program given to grade 1 kids. When you look at kids from those income assistance families and from very affluent families, their scores before and after the program are very similar: poor and rich kids recover. As far as we can tell from physiological studies, these income assistance children are not damaged kids; they have real potential. That is the kind of stuff that comes out of this data.

The Chair: That is truly fascinating information because we have not had a lot of information so far. The information we have received has been steering us in the direction of maternal health, prenatal health and early childhood development, and then move on from there. What you are saying shakes up that hypothesis. I must spend more time with you.

Ms. Roos: I would be delighted.

Senator Fairbairn: I could not let the day go by with people like yourself here without asking if you could expand on the fundamental importance of literacy. When does literacy become important? In your studies and in your work, you see the effort that is being made within the schools to reach the very kind of children that you are most concerned about in respect of their development. I am very aware of Manitoba and the terrific work that has been done on this issue over the years. Could you expand on that a bit for us?

Mme Roos : Nous avons examiné trois mesures différentes. Il y avait d'abord le poids à la naissance. Il y avait aussi l'âge fœtal — à savoir si l'enfant était plus ou moins développé en fonction de cet âge. Comme dernière mesure, nous avions les scores Apgar enregistrés au bout d'une et de cinq minutes pour évaluer le fonctionnement général de l'enfant.

Dans le contexte des données indiquant que seulement 11 p. 100 des enfants des familles bénéficiant d'une aide au revenu obtiennent leur diplôme d'études secondaires dans les délais prévus, comparativement à 76 p. 100, nous constatons que près de 90 p. 100 des enfants sont pour ainsi dire non différenciables à la naissance lorsqu'on utilise ces mesures. C'est pour cette raison que j'ai parlé d'une véritable révélation à mes yeux.

Ces tests ne permettraient pas nécessairement de détecter le syndrome d'alcoolisme fœtal. Nous nous employons actuellement à corriger cette lacune. Nous tenons un registre concernant le syndrome d'alcoolisme fœtal et nous essayons de déterminer dans quelle mesure les faits que nous observons peuvent lui être attribuables.

Même les hypothèses les plus soutenues concernant le syndrome d'alcoolisme fœtal sont bien loin de pouvoir expliquer les différences à long terme que nous observons. À mon sens, la révélation vient du fait qu'il suffit de garder les enfants à l'école pour voir s'estomper presque automatiquement les distinctions dues au statut socioéconomique. Il suffit de penser au programme d'intervention préventive en lecture offert aux élèves de première année. Si l'on compare les résultats obtenus avant et après ce programme pour les élèves provenant de familles vivant de l'aide sociale et ceux de familles très aisées, il n'y a pas vraiment de différence; les résultats sont bons, tant pour les enfants pauvres que pour les enfants riches. À la lumière des études physiologiques menées, on peut conclure que ces enfants venant de familles bénéficiaires de l'aide au revenu ne sont pas particulièrement mal en point; ils ont vraiment du potentiel. C'est le genre d'enseignement que l'on peut tirer de ces données.

Le président : Tout cela est vraiment fascinant car nous n'avions pas beaucoup d'information à ce sujet jusqu'à maintenant. Les renseignements que nous avions obtenus nous aiguillaient dans la direction de la santé maternelle, de la santé prénatale et du développement de la petite enfance comme points de départ essentiels. Cette hypothèse de base est remise en question par ce que vous venez de nous dire. Je devrais passer davantage de temps avec vous.

Mme Roos : Cela me faisait grand plaisir.

Le sénateur Fairbairn : Je m'en voudrais de ne pas profiter de la présence de spécialistes comme vous pour vous inviter à nous en dire davantage au sujet de l'importance primordiale de l'alphabétisation. À quel moment l'alphabétisation devient-elle importante? Dans le cadre de vos études et de votre travail, vous voyez les efforts déployés dans les écoles pour aider ces mêmes enfants dont le développement vous préoccupe le plus. Je connais très bien la situation au Manitoba et le travail exceptionnel qui a été accompli dans ce dossier au fil des ans. Pourriez-vous nous fournir plus de détails à ce sujet?

Ms. Roos: We are very interested right now in working with the Ministry of Education to understand how well their programs are working. I mentioned the Reading Recovery Program and how well it reaches those at-risk kids. This is a universal program. Manitoba gives a certain amount of money, depending on how many grade 1 kids you have, to every school to reach those children who do not read well. The problem is that it is a per capita grant. The affluent communities get essentially as much per kid as do the inner city schools. The affluent kids are much more likely to recover than the kids at inner city schools because they cannot do one-on-one programs.

I do not want to underplay the importance of the mothers. When I mentioned that the regional health authority was working on literacy programs, this was to reach the mothers and fathers of these kids. We know that a child spends so much time with their family that it is incredibly important to try to raise their literacy levels also. There is no question that those kinds of programs are very important.

Senator Fairbairn: We were in a good position a while back when the various levels of government were working closely together on this issue, and it is not quite like that now. I am not pointing my finger at any particular level of government, but, as time goes by and other things arise in the world, sometimes these issues that look fairly mundane slide off the table. When you talk about these inner city issues, are they part of joint community efforts or efforts with one particular organization?

Ms. Roos: We have been trying to bring together as many organizations as possible. I was just in communication with the head of the Winnipeg Regional Health Authority who is bringing in the head of the Department of Pediatrics and the head of the Women's Hospital because they now have joint programs with the Ministry of Family Services. We know these are high-risk kids with a lot of issues, including accidents and injuries, that bring them to the hospital.

For example, a pediatrician I work with said that in their neonatal intensive care facility they now treat teen mothers the same way they treat mothers of very low birth-weight infants in terms of the probability that their child will be re-hospitalized. They connect them with services and tell them that they need to have frequent visits to a pediatrician. Trying to get the health responders to respond to social risk factors as they do for biological risk factors is another achievement.

Senator Fairbairn: A few years ago, the City of Winnipeg was active in a program that started in a small community in southwestern Alberta and then blossomed as people picked it up.

Mme Roos : Nous sommes actuellement très intéressés à travailler avec le ministère de l'Éducation afin de déterminer si ces programmes donnent de bons résultats. J'ai parlé du programme d'intervention préventive en lecture et de son efficacité auprès des enfants à risque. Il s'agit d'un programme universel. Chaque école reçoit de la province une certaine somme d'argent, en fonction du nombre d'élèves de première année, pour aider les enfants éprouvant des difficultés dans l'apprentissage de la lecture. Malheureusement, il s'agit d'une subvention fondée sur le nombre d'élèves. À toutes fins utiles, les écoles desservant un secteur aisé reçoivent le même montant par élève que les écoles des milieux défavorisés dans les centres-villes. Les enfants des familles riches ont de bien meilleures chances de réussite que ceux des écoles des quartiers pauvres, car ces derniers n'ont pas accès à des programmes personnalisés.

Je ne voudrais pas minimiser l'importance du rôle joué par les mères. J'ai parlé du travail des offices régionaux de la santé en ce qui a trait aux programmes d'alphabétisation; ces offices s'emploient à rejoindre les mères et les pères de ces enfants. Comme un enfant passe tellement de temps au sein de sa famille, il est absolument crucial de s'efforcer d'élever le niveau d'alphabétisation de tout son entourage. Il ne fait aucun doute que les programmes semblables revêtent une importance capitale.

Le sénateur Fairbairn : Il fut un temps où nous étions en bonne posture dans ce dossier grâce à l'étroite collaboration entre les différents ordres de gouvernement, mais la situation a quelque peu changé. Je ne voudrais pas montrer du doigt un palier de gouvernement en particulier, mais il arrive que ces questions qui apparaissent plutôt banales soient mises au rancart sous l'effet du temps qui passe et des autres événements qui secouent la planète. Les efforts déployés dans les quartiers défavorisés des villes sont-ils le fait de l'ensemble de la collectivité ou d'une organisation en particulier?

Mme Roos : Nous essayons de mobiliser le plus grand nombre d'organisations possible. J'ai parlé récemment au responsable de l'Office régional de la santé de Winnipeg qui s'est adjoint ses homologues du département de pédiatrie ainsi que de l'hôpital pour femmes, car on offre désormais des programmes conjoints avec le ministère des Services à la famille. Nous savons qu'il s'agit d'enfants à haut risque exposés à de nombreux problèmes, y compris les accidents et les blessures pouvant les amener à visiter l'hôpital.

Par exemple, un pédiatre avec lequel je travaille a indiqué qu'au sein de l'unité de soins intensifs néonataux, on traitait désormais les mères adolescentes de la même façon que les mères des enfants ayant un poids insuffisant à la naissance pour ce qui est du risque que leur enfant soit de nouveau hospitalisé. On les met en contact avec les différents services offerts et on leur indique qu'elles devront visiter fréquemment le pédiatre. Obtenir des intervenants en santé qu'ils réagissent aux facteurs de risque sociaux de la même manière qu'ils le font pour les facteurs de risque biologiques est une autre réalisation bénéfique.

Le sénateur Fairbairn : Il y a quelques années, la ville de Winnipeg offrait un programme qui avait vu le jour dans une petite collectivité du sud-ouest de l'Alberta avant de gagner en

It was called Books for Babies. The program started in a little town like Pincher Creek and went across Canada. It went into the hospitals and, sometimes, into institutions so that no one now walks out the door without knowing that literacy for themselves and for their babies is a critical issue. I would hope that in Manitoba they are still doing that.

Ms. Roos: They are. Again, I think involving the parents is so important. They were sending the family home with books. The father said, "Why would you read to a baby who cannot read? What is the point?" The explanation was that while you are holding them, they are learning lots of new words and their brain is starting to learn. The father said, "Okay, I can do that." He clearly could do that, but it never occurred to him before he heard from the program.

Senator Fairbairn: That is the magic of the gentleman who will be here tomorrow. He has been an absolute icon.

The Chair: Honourable senators, if there are no more questions, allow me to thank our guests. We have had a lovely afternoon. We will be in touch with you. This is not over yet.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Wednesday, February 27, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:16 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we have some problems today. The Senate is meeting as we meet and, should there be a bell, we have to immediately leave and vote. The meeting may get truncated. That is life around here.

In any event, we have before us Jim Ball from the Public Health Agency, from the Treasury Board of Canada, Indian Affairs and Health division, we have Sally Thornton, and from Finance Canada, we have Yves Giroux. Ms. Thornton and Mr. Giroux will not provide presentations, but they will answer questions.

Please proceed, Mr. Ball.

Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives and Innovations, Public Health Agency of Canada: Good afternoon, honourable senators, guests and fellow panellists. I am pleased to be back to speak to this important issue that you are addressing.

importance au gré des différents intérêts locaux. Le programme, intitulé Books for Babies, avait débuté dans la petite localité de Pincher Creek avant de s'étendre partout au Canada. Les intervenants se rendaient dans les hôpitaux et, parfois, dans certains établissements spécialisés de telle sorte que personne ne quitte ces endroits sans connaître l'importance cruciale de l'alphabétisation pour soi-même et pour son enfant. J'ose espérer que le programme existe toujours au Manitoba.

Mme Roos : Il existe effectivement. Encore là, j'estime crucial d'obtenir la participation des parents. On donnait des livres à la famille pour son retour à la maison. Le père demandait : « A quoi ça sert de lire à un bébé? » On lui expliquait qu'un enfant que l'on tient dans ses bras assimile un grand nombre de nouveaux mots alors que son cerveau amorce le processus d'apprentissage. Le père disait alors : « D'accord, c'est quelque chose que je peux faire. » C'est évident qu'il pouvait le faire, mais cela ne lui était jamais venu à l'idée avant d'avoir entendu parler du programme.

Le sénateur Fairbairn : C'est un peu la magie qui opérera demain. On ne saurait imaginer plus belle illustration.

Le président : Honorables sénateurs, s'il n'y a pas d'autres questions, permettez-moi de remercier nos invités. Ce fut un après-midi très agréable. Vous allez avoir de nos nouvelles. Nous n'en avons pas fini avec vous.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 27 février 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 16 pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous avons quelques problèmes aujourd'hui. Le Sénat siège en ce moment, et si le timbre retentit, nous devons quitter la salle immédiatement et aller voter. La séance pourrait être momentanément interrompue. C'est la vie ici.

Quoi qu'il en soit, nous accueillons aujourd'hui Jim Ball de l'Agence de santé publique du Canada, de la Division des affaires indiennes et de la santé du Conseil du Trésor du Canada, Mme Sally Thornton et de Finances Canada, Yves Giroux. Mme Thornton et M. Giroux ne feront pas d'exposés, mais répondront aux questions.

Allez-y, monsieur Ball.

Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation, Agence de santé publique du Canada : Bonjour, honorables sénateurs, invités et témoins. Je suis heureux de revenir vous parler de la question importante que vous examinez.

I am now the Director General of Strategic Initiatives and Innovations in the Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch of the Public Health Agency, and I am pleased to be here to speak to you about actions taken, associated barriers as well as models and mechanisms to advance population health and the population health approach across departments and among jurisdictions.

I have also noted the tabling of your two reports yesterday. Congratulations. These analyses of international experiences will be of strong interest and value, not only to your subcommittee but to a spectrum of stakeholders working to advance population health and health inequalities in Canada.

I am working through the slide deck that you should have in front of you. On the second page, essentially, my plan is to respond to the three questions that you have provided to us and which have been noted on the slide.

Over on slide three, this is essentially an overview of how my presentation will flow. There are six slides that speak to some of the highlights and selected examples of experiences in advancing population health policy, models and approaches taken at the federal as well as the FPT, federal-provincial-territorial, and provincial and territorial levels that provide learnings for potential future work.

I have also identified some of the barriers that have been observed in advancing cross-departmental and inter-jurisdictional population health policies and will end by identifying evidence from international experiences that we have seen that speaks to the requisites and enablers for successfully advancing the social determinants of health. This latter information has been the result of work undertaken in the context of the WHO commission on the social determinants of health.

Turning to slide 4, although it may seem basic, an important step in this work is to develop a common understanding of what we mean by population health and the population health approach.

Over the years, particularly during the 1990s, we put a great deal of effort into building this understanding. Your subcommittee has provided a succinct overview or definition, if you will, which is very helpful as you move forward in your work, through your consultation process toward the development of your final report.

The population health approach I can safely say is now well accepted and applied in the health sector. Some examples of this include a number of the issues that are being addressed by federal and national strategies. They include actions to influence key determinants. For example, our tobacco control strategy and its promotion of healthy public policies leading to smoke-free environments is an example of how a strategy

Je suis maintenant directeur général, Initiatives stratégiques, Innovations et promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques à l'Agence de santé publique, et je suis heureux d'être ici pour vous parler des mesures prises relativement aux obstacles et des modèles et mécanismes pour améliorer la santé de la population et de l'approche en matière de santé de la population des divers ministères et des diverses instances.

J'ai aussi remarqué que vous avez déposé vos deux rapports hier, et je vous en félicite. Ces analyses d'expérience internationale auront beaucoup d'intérêt et de valeur, non seulement pour votre sous-comité, mais aussi pour toute une gamme d'intervenants qui travaillent pour améliorer la santé des populations et mettre fin aux iniquités en matière de santé au Canada.

Je travaille à partir des diapositives que vous avez devant vous. À la deuxième page, vous pouvez voir mon but, qui est de répondre aux trois questions que vous nous avez posées et qui sont justement notées sur la diapositive.

La troisième diapositive vous donne essentiellement un aperçu du déroulement de mon exposé. Suivent ensuite six diapositives qui vous donneront les faits saillants et des exemples d'expériences visant à améliorer les politiques en matière de santé des populations, de même que des modèles et des approches adoptés par le fédéral, de même que par les instances FPT, fédérale-provinciale-territoriale, et PT, provinciale et territoriale qui nous permettent de tirer des leçons pour tout travail potentiel à l'avenir.

Je vous parlerai également de certains des obstacles à l'amélioration des politiques interministérielles et intergouvernementales en matière de santé des populations et je terminerai en vous parlant d'expérience internationale concrète qui nous informe sur les exigences à respecter et les outils qui permettent d'améliorer avec succès les déterminants sociaux de la santé. Ces données découlent des travaux entrepris dans le contexte de la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

La quatrième diapositive peut vous sembler simple, mais une étape importante de cette étude est de comprendre ce qu'on entend par santé des populations et approche axée sur la santé des populations.

Au fil des ans, surtout durant les années 1990, nous avons investi beaucoup d'efforts pour justement avoir une meilleure compréhension du phénomène. Votre sous-comité a fourni un aperçu succinct, ou une définition, si l'on veut, qui est très utile pour la suite des travaux, et le processus de consultation qui mèneront à la rédaction de votre rapport définitif.

Je peux désormais dire avec assurance que l'approche axée sur la santé des populations est maintenant bien acceptée et appliquée dans le domaine de la santé. Prenons par exemple les stratégies fédérales et nationales pour régler certains problèmes. Il s'agit entre autres de mesures visant à influencer les principaux déterminants. Prenons par exemple notre stratégie de contrôle du tabac et la promotion de politiques publiques saines, qui ont

has picked up on a population health approach and made headway in terms of changing environments that impact on health.

Population health is integrated into a set of core competencies for public health practitioners, and this has been recently agreed to by federal-provincial-territorial governments at the deputy minister level. We are now seeing various forms of public health included more and more in university curricula. We are seeing schools of public health being established, including an emphasis on the determinants of health and the role of public health in addressing those underlying factors.

Population health has been adopted at the municipal government level — to mention a few, Sudbury and Waterloo have developed frameworks and organizational units specifically to address the social determinants of health in the context of their public health programs.

In 1997, the Government of Canada adopted the population health concept at the cabinet table. In Health Canada, a population health business line was developed. Ministers across the government agreed to this approach, but there was no substantive follow-up in terms of advancing population health through such tools as health impact assessments undertaken across the various departments at that time.

In general, I would say that population health policies since then have been more issue-specific and developed on the basis of windows of opportunities that have presented themselves. In other words, we have built in a determinants approach to the way an issue or a priority has been addressed versus looking at the range of upstream investments that are possible and focusing on those that would produce the greatest population health gains.

There are two important exceptions to this. One is the investment in children's initiatives, which, as you would know, involves a range of policies and initiatives across a number of different departments and have been in place for a number of years, given early childhood development as an important fundamental determinant of health. That would be one of the key exceptions.

Second, I would mention seniors policy and interventions. There are indicators of improved well-being of seniors that have coincided with the introduction of the pension plan, as well as other initiatives, such as the New Horizons for Seniors Program that was introduced at that time as well, which reflected a social determinants approach. Seniors and seniors policies and investments you could say are one of the population health success stories in Canada. Since the pension plan was introduced in 1978, we have seen the poverty rate among seniors drop. Improvements in seniors' health have coincided with improvements in their economic situation in recent decades. The prevalence of some important chronic conditions, notably heart disease, high blood pressure, arthritis, depression, et cetera, has declined amongst seniors since the 1970s. While we cannot say

mené à des environnements sans fumée. Voilà comment une approche axée sur la santé des populations a influencé une stratégie et mené à un changement d'environnement positif sur la santé.

La santé des populations est intégrée dans toute une série de compétences de base relevant des praticiens du domaine de la santé publique, et les sous-ministres FPT en ont récemment convenu. Nous voyons maintenant que la santé publique sous toutes ses formes est abordée de plus en plus dans les programmes universitaires. Des écoles de santé publique ont été mises sur pied, et celles-ci mettent entre autres l'accent sur les déterminants de la santé et le rôle de la santé publique relativement à ces facteurs sous-jacents.

Le concept de santé des populations a été adopté par des administrations municipales. Sudbury et Waterloo, entre autres, ont élaboré des cadres et créé des unités organisationnelles consacrées exclusivement aux déterminants sociaux de la santé dans le contexte de leurs programmes de santé publique.

En 1997, le gouvernement du Canada a adopté le concept de santé des populations au Cabinet. Santé Canada a créé un secteur de la santé des populations. De nombreux ministres ont accepté cette approche, mais aucun suivi sérieux n'a été effectué pour ce qui est d'améliorer la santé des populations au moyen d'outils comme les études d'impact sur la santé entreprises par divers ministères à l'époque.

De façon générale, je vous dirais que les politiques en matière de santé des populations sont maintenant beaucoup plus ciblées et fondées en fonction des possibilités qui se présentent. Autrement dit, nous avons élaboré des approches relatives aux déterminants dans le cadre des mesures prises relativement à un problème ou aux priorités établies, au lieu d'examiner les investissements en amont qui sont possibles et de se concentrer sur ceux qui amélioreraient le plus la santé des populations.

Il y a cependant deux exceptions importantes à cette règle. D'abord, les investissements dans les initiatives qui visent les enfants, qui, comme vous le savez, touchent toute une gamme de politiques et d'initiatives au sein de nombreux ministères et qui sont en place depuis de nombreuses années, puisque le développement de la petite enfance est un déterminant fondamentalement important de la santé.

Ensuite, les politiques et les interventions qui visent les personnes âgées. Certains indicateurs d'amélioration du bien-être des personnes âgées ont coïncidé avec la mise en œuvre d'un régime de pensions, de même que d'autres initiatives, comme le programme Nouveaux horizons pour les personnes âgées qui a été mis sur pied à cette époque également, et qui tenait compte de l'approche axée sur les déterminants sociaux. Les politiques et les investissements visant les personnes âgées sont selon moi une réussite en matière de santé des populations au Canada. Depuis que le régime de pensions a été mis en œuvre en 1978, le taux de pauvreté chez les personnes âgées a diminué. L'amélioration de la santé des personnes âgées a coïncidé avec l'amélioration de leur situation économique ces dernières décennies. La prévalence de certaines conditions chroniques importantes, comme les maladies

that it is cause and effect, there is a strong association, temporally at least, with the introduction of those measures and the improvement of the health and well-being of seniors.

Turning to slide 5, models and approaches, at the federal level we have engaged in a number of horizontal population health initiatives, some led by the health portfolio in the federal government and some by other departments. Among those, no one approach stands out as the best way or the most appropriate way to go, but each of these different models and approaches provides lessons, challenges that were faced, and opportunities that we can identify, to inform future efforts.

In the interests of time, I will point out just a few examples. The national security policy, which is currently in place, while not a population health example, per se, is a model worth looking at. It is a policy objective that was at the outset driven by a Government of Canada priority. It resulted in a suite of coherent and integrated policy initiatives around security. The mechanisms that were formed ensured that that would happen and that they would be managed in that way. Committees at the deputy level, the ADM level were put in place to move this forward in an integrated way. In essence, it shows how a centrally driven priority seen as an urgent issue or an important issue can result in the needed horizontal work that would be required to effectively address the issue.

Second, I would mention the family violence initiative, because it has been within the health portfolio to lead a cross-government effort, and in fact was designed at the outset as an interdepartmental approach, and included and still includes dedicated funding for work across departments, so that there is support for this interdepartmental effort. There is a committee structure tied to that that provides the opportunity for collaborative decision making, integration of various initiatives and collaboration on the application of the funds that have been provided to address family violence, all the way from the determinants of family violence to mitigating the effects of this issue.

Over on slide six, on the inter-jurisdictional front and at the provincial-territorial level, there are a number of efforts of note. I know you will be publishing a report in terms of provincial-territorial activities in this area, and I know as well that you have heard from some other witnesses on some of these. I will focus on a few that you perhaps may not be as familiar with.

The first one I would mention is a committee that is no longer in existence but had an awful lot to do with the development of the population health approach in Canada. That was the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. It consisted primarily of ADMs, responsible at the federal and provincial-territorial levels for work in this area. Essentially,

du cœur, l'hypertension, l'arthrite, la dépression, et cetera, a diminué chez les personnes âgées depuis les années 1970. Bien qu'on ne puisse établir un lien de cause à effet, on peut établir un lien solide, dans le temps à tout le moins, avec la mise en œuvre de ces mesures et l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes âgées.

Passons à la cinquième diapositive, intitulée modèles et approches. À l'échelle fédérale, nous avons entrepris de nombreuses initiatives horizontales en matière de santé des populations, certaines dirigées par le ministère de la Santé, d'autres par d'autres ministères. Aucune de ces initiatives ne se démarque comme étant la meilleure ou la plus appropriée, mais chacun de ces modèles et chacune de ces approches offrent des leçons, des expériences et des possibilités pour guider nos efforts à l'avenir.

Dans l'intérêt du temps, je ne vais vous donner que quelques exemples. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un exemple en matière de santé des populations comme tel, la politique de la sécurité nationale, qui est actuellement en place, est un modèle qui vaut la peine d'être examiné. Il s'agit d'un objectif politique qui était au départ motivé par une priorité du gouvernement du Canada. Cet objectif a mené à une suite d'initiatives cohérentes et intégrées relativement à la politique en matière de sécurité. Les mécanismes adoptés ont fait en sorte que la politique devienne réalité et soit gérée de cette façon. Des comités composés de sous-ministres et de sous-ministres adjoints ont été créés afin que le tout soit mené à bien de façon intégrée. Cette expérience nous démontre essentiellement qu'une priorité commune considérée comme urgente peut mener à la réalisation du travail horizontal nécessaire pour atteindre les objectifs fixés de façon efficace.

Ensuite, je vous donnerais comme deuxième exemple l'initiative de lutte contre la violence familiale. Cet effort pangouvernemental est dirigé par le ministère de la Santé. Cette initiative a effectivement été conçue dès le départ comme une approche interministérielle et prévoyait, et prévoit d'ailleurs toujours, des fonds pour des travaux interministériels pour appuyer cet effort interministériel. La structure de comité à cet égard rend possible un processus décisionnel de collaboration, l'intégration de diverses initiatives et une certaine collaboration quant à la distribution des fonds consacrés à la lutte contre la violence familiale, des déterminants de la violence familiale à l'atténuation de ces effets.

À la sixième diapositive, on peut voir que du point de vue intergouvernemental et à l'échelle provinciale et territoriale, il y a de nombreuses initiatives à noter. Je sais que vous publierez un rapport sur les activités provinciales-territoriales dans ce domaine, et je sais également que vous avez entendu d'autres témoins sur certaines de ces activités. Je vais me concentrer sur quelques activités que vous ne connaissez peut-être pas aussi bien.

Je vais d'abord vous parler d'un comité qui n'existe plus, mais qui a eu un grand rôle à jouer dans l'élaboration de l'approche axée sur la santé des populations du Canada. Il s'agit du Comité consultatif FPT sur la santé des populations. Il était composé surtout de sous-ministres adjoints FPT responsables des travaux dans ce domaine. Le comité a clairement défini l'approche

together, it articulated the population health approach and published documents on the broader determinants of health, including the identification more recently of what are the health sector roles in advancing the social determinants of health through intersectoral work. It really provided the foundation for FPT work on population health. This effort led to the establishment of the federal-provincial-territorial public health network, the Pan-Canadian Public Health Network, which is now in place. It is governed by a council that consists of a chief medical officer of health for a given jurisdiction or a senior ADM responsible for public or population health. All jurisdictions are represented. It is an effective mechanism that is engaged in developing collaborative policy and initiatives. The advantage over the Advisory Committee on Population Health is that the Pan-Canadian Public Health Network has a mandated capacity to facilitate the implementation of this collaborative policy that is developed at the federal-provincial-territorial level.

The committee reports to a conference of federal-provincial-territorial deputy ministers who, in turn, report to the ministers of health across the country. There is strong potential to build on this work and to engage the Public Health Network further on addressing population health or the social determinants of health.

Some provincial-territorial initiatives of note: Quebec, you have heard from directly, so I will move west to Manitoba. The Manitoba child health initiative — Healthy Child Manitoba — is very interesting in that it is a cross-government initiative governed by a ministerial coordinating committee that is spearheading an intersectoral, interdepartmental strategy that is multi-faceted in nature. It is aimed at the improving the health and well-being of children and adolescents in Manitoba. It is quite an interesting model and an initiative that has achieved tangible results as a result of the cross-departmental engagement that it has achieved.

In British Columbia, I think you have heard something about the ActNow BC initiative. It is as a government-wide effort with an ADM committee with representatives from multi-departments. Plans are developed and a contribution is made to the priority of the premier to some stated objectives that include the goal of being the healthiest population ever to host an Olympic games. More important, this initiative was also driven by concerns over projections that they made out over a number of years in terms of the cost of their health care system. Those projections demonstrated that it would leave the province in a position of having only the capacity to cover its health care budget, a flat-line budget for education and no funding left for anything else that the provincial government would want to be engaged in. This was a strong impetus for moving forward on an initiative that would hopefully reduce the pressures through improved health status of the citizens of British Columbia.

axée sur la santé des populations et publié des documents sur les déterminants de la santé les plus vastes, y compris la détermination, plus récemment, des rôles du secteur de la santé quant à l'amélioration des déterminants sociaux de la santé au moyen de travaux intersectoriels. Le comité a en fait jeté les fondements des travaux FPT sur la santé des populations. Ces efforts ont mené à la création du réseau pancanadien de santé publique, un réseau de santé publique fédéral-provincial-territorial qui est maintenant en place. Il est régi par un conseil composé d'un médecin-hygiéniste en chef d'une province donnée ou d'un sous-ministre adjoint principal responsable de la santé publique et de la santé des populations. Tous les gouvernements sont représentés. Il s'agit d'un mécanisme efficace qui vise le développement, en collaboration, de politiques et d'initiatives. Comparativement au Comité consultatif sur la santé de la population, le réseau pancanadien de santé publique a l'avantage d'avoir le mandat de faciliter la mise en œuvre de cette politique de collaboration élaborée à l'échelle fédérale-provinciale-territoriale.

Le comité fait rapport à une conférence de sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux, qui, à leur tour, font rapport au ministre de la Santé partout au pays. Il est fortement possible de miser sur ces travaux et de faire participer le réseau de la santé publique davantage à l'amélioration de la santé des populations ou des déterminants sociaux de la santé.

Certaines initiatives provinciales territoriales valent la peine d'être mentionnées. Vous avez déjà entendu des représentants du Québec, alors je vais passer à l'initiative santé des enfants Manitoba, Enfants en santé Manitoba, qui est très intéressante puisqu'il s'agit d'une initiative intergouvernementale régie par un comité de coordination ministériel qui dirige une stratégie interministérielle intersectorielle à plusieurs volets. Cette initiative vise l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents manitobains. Il s'agit d'un modèle très intéressant et d'une initiative qui a atteint des résultats tangibles grâce à l'engagement interministériel qui a été pris.

En Colombie-Britannique, je crois que vous êtes quelque peu au courant de l'initiative ActNow BC. Il s'agit d'un effort pangouvernemental dirigé par un comité de sous-ministres adjoints de divers ministères. Des plans sont élaborés et des contributions sont versées pour réaliser certains des objectifs prioritaires du premier ministre, soit notamment d'avoir la population la plus en santé à avoir jamais été l'hôte des Jeux olympiques. Qui plus est, cette initiative a également été motivée par les inquiétudes causées par la prévision des coûts du système de soins de santé sur de nombreuses années. Ces prévisions indiquaient que la province, après les soins de santé payés, n'allait avoir d'argent dans son budget que pour un montant fixe pour l'éducation. Il ne resterait rien pour quoi que ce soit d'autre dans lequel le gouvernement provincial voudrait investir. Ces prévisions ont joué un rôle important dans la mise de l'avant d'une initiative qui, on l'espère, allégera les pressions en améliorant l'état de santé des citoyens de la Colombie-Britannique.

ActNow BC is a good start. For it to be successful, it needs to continue to move on the underlying conditions or the determinants of healthy choices. At this point, it is in the early days. It is probably more focused on some of those lifestyle factors, but, hopefully, in the future it will be a model that more strongly addresses the underlying conditions and the determinants of health.

At the bottom of this slide, you will see the intersectoral efforts at the community level that are worth looking at. Often, these initiatives have included investments by the federal government and the provincial-territorial governments, as well as municipal governments. I point to the Vancouver agreement, which was signed in 2000, as possibly the best example that engages all three levels of government. It has been evaluated positively by the Auditor General. It started with a focus on drug use in the Downtown Eastside and has moved to addressing social and physical conditions. The current agreement commits all levels of government to coordinate resources to implement a comprehensive strategy supporting economic, social and community development.

The results are beginning to show. There is less crime, reduced substance abuse, new businesses are emerging in that particular area of Vancouver, and there are overall safer conditions for the citizens.

Moving to slide 7, "Barriers to Advancing Population Health," which is one of your questions, from a health sector perspective, we can work on population health within our sector through policies and programs that target issues and address risk factors and other conditions. Often, though, we are mitigating. We are mitigating the effects of more powerful drivers of health or of ill health. Many of the levers or the policy initiatives that would advance population health lie outside the purview of the health sector and the health portfolio in the federal government and within other departments in government and other sectors outside of government.

With these other departments focused principally on their own mandate, and with a finite set of resources, human and financial, in order to accomplish their mandate and their priorities, this is not a situation that is always conducive to collaborative work or horizontal work across government. The win-win in working together is not always clear. I will come back to this point in a few minutes.

As you know, working in a multi-jurisdictional environment — to comment on the last point on this slide — can be complex. Priorities and needs vary across jurisdictions. Some provinces and territories are more advanced in terms of addressing health and population health; others have less capacity in order to invest in this area. Different ideologies sometimes create challenges in finding common priorities and certainly common approaches to

ActNow BC est un pas dans la bonne direction. Pour que cette initiative réussisse, elle doit continuer à faire des progrès relativement aux conditions sous-jacentes ou aux déterminants des choix santé. L'initiative en est encore à ses débuts. Elle est probablement davantage concentrée sur certains de ces facteurs d'habitude de vie mais, j'espère qu'à l'avenir il s'agira d'un modèle qui s'attaquera plus rigoureusement aux conditions sous-jacentes et aux déterminants de la santé.

Au bas de cette diapositive, vous verrez les efforts intersectoriels communautaires qui valent la peine d'être examinés. Souvent, ces initiatives reçoivent du financement du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux-territoriaux, tout comme des administrations municipales également. L'entente de Vancouver, qui a été signée en 2000, est le meilleur exemple possible de collaboration entre les trois ordres de gouvernement. La vérificatrice générale en a fait une évaluation positive. L'entente était d'abord axée sur la consommation de drogues dans le quartier centre-est puis a ensuite ciblé les conditions sociales et physiques. De par l'entente actuelle, tous les ordres de gouvernement se sont engagés à coordonner les ressources en vue de mettre en œuvre une stratégie exhaustive qui soutient le développement économique, social et communautaire.

On commence à voir les résultats. Le taux de criminalité et la consommation de drogues ont diminué, de nouvelles entreprises ouvrent leurs portes dans ce quartier de Vancouver et, dans l'ensemble, les citoyens sont davantage en sécurité.

Passons à la diapositive n° 7, intitulée *Obstacles à l'amélioration de la santé de la population*. Il s'agissait de l'une de vos questions. Du point de vue du secteur de la santé, nous pouvons améliorer la santé des populations au moyen de politiques et de programmes qui ciblent les facteurs de risque et d'autres conditions. Souvent, toutefois, il s'agit d'un travail d'atténuation. Nous atténuons les effets des facteurs plus puissants qui nuisent à la santé. Nombre des facteurs et des politiques qui amélioraient la santé des populations ne relèvent pas de la compétence du secteur de la santé du ministère fédéral de la Santé, mais bien d'autres ministères et d'autres secteurs non gouvernementaux.

Comme ces autres ministères se concentrent principalement sur leur propre mandat et qu'ils ont des ressources humaines et financières limitées pour réaliser leur mandat et donner suite à leurs priorités, cette situation ne favorise pas toujours le travail de collaboration ou le travail horizontal au gouvernement. Le travail de collaboration ne présente pas toujours clairement des avantages réciproques. Je vais y revenir dans quelques minutes.

Pour revenir à ce que je disais, vous savez qu'il peut être complexe de travailler dans un environnement plurigouvernemental. Les priorités et les besoins varient selon le gouvernement. Certaines provinces et certains territoires sont plus avancés en matière de santé et de santé des populations; d'autres ne peuvent pas investir autant dans ce domaine. Comme les gouvernements ont des idées différentes, il peut arriver qu'il soit

addressing some of these priorities are issues. In some cases, we run into difficulties where we need greater clarity on what level of government is responsible for what area.

For example, there has been debate around Aboriginal peoples living off-reserve. Sometimes they are on-reserve; other times they are off-reserve. It is a complicated situation federally and with respect to provincial and territorial roles and mandates.

On the next slide, we have made some international observations, as you have, and I think it is fair to say that there is international consensus among experts concerned about health for all citizens that suggests some considerations worth noting. While discussion of specific models and mechanisms for advancing population health policies is important, we need to remember to focus on the end goal, which is really creating and maintaining health for all, hopefully as a priority. Ensuring that this priority is included in macro- and specific policy initiatives at the outset is fundamentally important, and we see that those countries that are most successful in advancing this have adopted that kind of priority and value on health.

To accomplish this, we need to create the conditions for success as noted on the slide. Clearly, we must be able to measure and report on the determinants of health and health inequalities so that we know where we are and what kind of impact our policies and interventions are having or not having. We need to develop a capacity to work with others and collaboratively consider the impacts, whether they are positive or negative, of existing and proposed policies and investments on health. Building an understanding of the interplay and potential congruency between health and socio-economic goals would, I think, in turn lead to incentives for collaborative policy development if we understand the win-win relationships.

On the last slide, in summary, as we look across different models and approaches in advancing population health policy and initiatives through horizontal action at different levels in Canada, as well as experiences in other countries, six characteristics or factors seem to be common in identifying successful work. These are noted on the slide.

Support from the centre of government or the highest levels helps to establish buy-in and ensure sustainability of an initiative. Clear directives for collaborative work also promote action, but it would be preferable rather than to have directives to have recognition of the mutual gains that the players in any intersectoral effort could accrue.

An example of a win-win, I think, would be working on literacy. Literacy can lead to increased employability and a better skilled labour force. It can also contribute to health literacy, leading to better health outcomes. An example of the importance of that is that low health literacy is strongly correlated with the

difficile de trouver des priorités et des approches communes pour régler certains problèmes. Parfois, les difficultés surviennent au moment de déterminer quel ordre de gouvernement est responsable d'un certain domaine.

Par exemple, il y a eu un débat sur les Autochtones qui vivent hors réserve. Parfois les Autochtones vivent dans les réserves, d'autres fois non. Il s'agit d'une situation compliquée pour le fédéral en ce qui a trait aux rôles et aux mandats des provinces et des territoires.

À la prochaine diapo, nous avons fait certaines observations sur le plan international, tout comme vous, et je crois que l'on puisse dire que les experts internationaux qui se soucient de la santé de tous les citoyens s'entendent pour dire que certains facteurs importants valent la peine d'être notés. Bien qu'il faille discuter des modèles et des mécanismes d'amélioration des politiques en matière de santé des populations, il ne faut pas oublier de se concentrer sur l'objectif, qui est réellement de cultiver et de conserver la santé de tous, et espérons-le, d'en faire une priorité. Il est fondamentalement important de veiller à ce que cette priorité soit prise en compte dans le cadre des initiatives à grande échelle et plus ciblées dès le début, et nous constatons que les pays qui réussissent le mieux à ce chapitre ont adopté ce genre de priorité et accordent une valeur importante à la santé.

Pour y parvenir, nous devons créer les conditions de réussite qui figurent sur la diapositive. Il est clair que nous devons être capables de mesurer et de signaler les déterminants de la santé et les inégalités sanitaires de sorte que nous sachions où nous en sommes et quelles sont les conséquences de nos politiques et de nos interventions, le cas échéant. Nous devons renforcer notre capacité à collaborer avec d'autres et songer aux conséquences, qu'elles soient positives ou négatives, des politiques et des investissements actuels et proposés en matière de santé. Réussir à comprendre l'interaction et la congruence potentielles entre les objectifs de santé et les objectifs socioéconomiques mènerait, à mon sens, à des mesures d'incitation en faveur de politiques collaboratives, si nous comprenons qu'il s'agit de relations où tout le monde y gagne.

Sur la dernière diapositive, on peut voir, en bref, différents modèles et approches pour la promotion de politiques et d'initiatives relatives à la santé de la population au moyen d'actions horizontales prises à différents niveaux au Canada, ainsi que les expériences d'autres pays. Six caractéristiques ou facteurs semblent être communs aux entreprises couronnées de succès. Vous les trouverez sur la diapositive.

L'appui du pouvoir central ou des échelons supérieurs contribue à assurer l'adhésion à une initiative et à en garantir la viabilité. De la même façon, des directives claires en matière de collaboration devraient promouvoir l'action, et seraient préférables à des directives axées sur la reconnaissance de gains mutuels potentiels pour les acteurs dans tout effort intersectoriel.

Un exemple d'une situation où tout le monde en sortirait gagnant serait, à mon avis, le dossier de l'alphabétisation. En effet, l'alphabétisation peut mener à un meilleur taux d'employabilité et une main-d'œuvre plus qualifiée. Elle peut aussi contribuer à la connaissance des questions sanitaires, ce qui

incidence and prevalence of Type II diabetes. Improved health literacy, on the other hand, recent analysis suggests, can in fact improve overall literacy. There is a nice win-win relationship in terms of investing in literacy and the outcomes that can be achieved in terms of employment, productivity, et cetera, as well as what it might do to improving health outcomes, including the ability of Canadians to more efficiently and effectively use the health care system. For the majority of Canadians, their health literacy levels are not as high as they should be in order to navigate their way through competing messages about health promotion, disease prevention and some of the complications that arise in dealing with a highly sophisticated health care system.

The other points on this slide refer to some obvious things, such as the need for dedicated human and financial resources to work on horizontal and interdepartmental efforts. Accountabilities need to be in place and based on clear roles and responsibilities of various partners in a particular initiative. Internationally, something that can facilitate intersectoral and interdepartmental work is that, rather than creating new mechanisms where they are not needed, making effective use of existing mechanisms. Some of those are in place, at least within the federal government. There are mechanisms with respect to federal-provincial-territorial collaborative policy work in population and public health that could be used effectively to address the determinants that we are concerned about.

To conclude, a key aspect of the population health approach is addressing inequalities in health. These inequalities affect all Canadians and result from many factors. It will take many departments and many sectors working together to change this reality — hence, the importance of today's session and discussion on advancing horizontal and inter-jurisdictional policy and action.

The Chair: Thank you, Mr. Ball. Honourable senators, Mr. Giroux and Ms. Thornton will be happy to answer questions in regard to finance as it relates to horizontal initiatives, which we are talking about.

Let me start with you, Mr. Ball. As you know, our objective is to produce a report on the tremendous number of initiatives that have occurred in Canada over the years, and leading back to the Lalonde report, at the federal level and provincial levels, from NGO initiatives and so forth. We now have also tremendous resources with the new Public Health Agency and its integration with the provincial agencies and so forth and CIHI with its population health initiatives, just to mention a few. There are literally hundreds of initiatives, many of which are very good.

améliorerait les résultats en matière de santé. Un exemple de l'importance de l'alphabétisation est illustré par le fait que de faibles connaissances en matière de santé sont intimement liées à l'incidence et à la prévalence du diabète de type II. En revanche, une meilleure connaissance des questions liées à la santé peut, comme en atteste une récente analyse, améliorer l'alphabétisme en général. La relation entre l'investissement dans l'alphabétisation et les résultats possibles, notamment au chapitre de l'emploi et de la productivité, sans oublier les résultats possibles en matière de santé, y compris la capacité des Canadiens à utiliser le système de soins de santé de façon plus efficiente et efficace, est une relation où on peut gagner sur toute la ligne. La majorité des Canadiens ont une connaissance des questions liées à la santé qui ne leur permet pas de trouver leur chemin à travers des messages concurrents au sujet de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi qu'à travers les méandres d'un système de soins de santé très complexe.

Les autres points figurant sur la diapositive se rapportent à des sujets évidents, notamment le besoin de ressources humaines et financières spécialisées pour travailler dans des entreprises horizontales et interministérielles. Des mécanismes de reddition de comptes devraient être instaurés en précisant les rôles et les responsabilités des divers partenaires dans une initiative en particulier. À l'échelon international, pour faciliter le travail intersectoriel et interministériel, au lieu de créer de nouveaux mécanismes superflus, on pourrait utiliser efficacement les mécanismes existants. Certains de ces mécanismes sont déjà en place, du moins au sein de l'État fédéral. Il existe par ailleurs des mécanismes régissant les politiques de coopération fédérale, provinciale et territoriale en matière de population et de santé publique qui pourraient être utilisés de façon efficace pour régler les déterminants qui nous intéressent.

Enfin, un aspect clé de l'approche de la santé publique consiste à s'attaquer aux inégalités en matière de santé. En effet, ces inégalités affectent tous les Canadiens et découlent d'un certain nombre de facteurs. Il faudra donc que différents ministères et différents secteurs travaillent ensemble pour changer cette réalité. D'où l'importance de l'audience d'aujourd'hui et de la discussion sur la promotion de politiques et d'actions horizontales et intersectorielles.

Le président : Merci, monsieur Ball. Chers collègues, M. Giroux et Mme Thornton seront heureux de répondre à vos questions sur le financement des initiatives horizontales, qui est le sujet dont nous discutons.

Je vais commencer par vous, monsieur Ball. Comme vous le savez, notre objectif est de produire un rapport sur le nombre effarant d'initiatives lancées au Canada au fil des ans, en remontant jusqu'au rapport Lalonde, et ce, aux échelons fédéral et provincial, ce qui comprend notamment les initiatives des ONG. Par ailleurs, nous avons maintenant d'énormes ressources avec la création de la nouvelle Agence de santé publique et l'intégration de celle-ci avec les agences provinciales, sans oublier les initiatives relatives à la santé de la population de l'ICIS, pour n'en citer que quelques exemples. Il existe littéralement des centaines d'initiatives, dont bon nombre sont très bonnes.

I want to bring you to something you did not mention, and that is the reason we went to Cuba. It was my impression that the federal-provincial initiatives targeting the general population have really been very good, such as the anti-smoking program, and I suspect the anti-obesity initiative will catch up before long.

In addressing health inequities, however, I do not think we have the structure. About 10 years ago, Health Canada identified about 136 regions in Canada where comparative studies, analyses and models could be applied. That has not happened on the ground.

Fundamentally, in addressing health inequities, we would be searching for a way of providing a structural framework on the ground at the local level or at the municipal level. The work may have already been done for us with the regions that were identified by Health Canada — which preceded the Public Health Agency of Canada. However, we are searching for a structural framework that can harness the tremendous resources and bring them in on a horizontal basis to address the local health inequities.

What do you think of that approach? We are gradually working towards that.

I think our fundamental platform will be maternal and child health. The major accomplishments in population health will come from healthy mothers and healthy children, who can take the advantage of early childhood development. However, let me bring you back to the ground because I think that is what has been missing, despite the tremendous amount of good work that has been done.

Mr. Ball: I think you are making a very important observation. Clearly, there are roles that need to be played by all levels, including the federal and provincial/territorial levels. However, the community level is absolutely vital.

I look at the community level in terms of three capacities. In some communities, these have been brought together, but in others they have not. Perhaps there are models from which we could learn. Certainly, we have municipal councils making, probably on a weekly basis, fundamental decisions about the determinants of health — they call them the determinants or not. For example, decisions about transportation planning, urban planning, land use planning, et cetera, are all important considerations in a determinants of health approach.

Recognizing the fundamental role of municipal governments and the nature of decisions made there is important. I think that needs to be brought together with the role of the local public health units and the medical officers of health who can provide an additional source of expertise and perspective through the full spectrum of the functions of public health. That includes everything from immunization to advice on

Je veux attirer votre attention sur quelque chose que vous n'avez pas mentionné, et c'est la raison pour laquelle nous nous sommes rendus à Cuba. J'avais l'impression que les initiatives fédérales et provinciales axées sur la population générale ont jusqu'ici été très bonnes, et je pense notamment au programme antitabac, et je suppose que l'initiative anti-obésité ne tardera pas à prendre de la vitesse.

Cela étant, pour nous attaquer aux iniquités en matière de santé, je ne pense pas que nous ayons de structure. Il y a environ 10 ans, Santé Canada a recensé quelque 136 régions au Canada où des études comparatives, des analyses et des modèles pouvaient s'appliquer. Or rien ne s'est concrétisé.

Fondamentalement, pour régler les iniquités en matière de santé, nous devrions chercher un moyen de nous doter d'un cadre structural sur le terrain, à l'échelon local ou municipal. Le travail a peut-être déjà été fait à notre place par les régions recensées par Santé Canada, avant la création de l'Agence de santé publique du Canada. Quoi qu'il en soit, nous sommes à la recherche d'un cadre structural qui nous permette de mobiliser les ressources formidables dont nous disposons et de les aligner de façon horizontale pour régler les iniquités en matière de santé locale.

Que pensez-vous de cette approche? C'est ce vers quoi nous nous dirigeons graduellement.

Je pense que notre plate-forme fondamentale sera la santé maternelle et infantile. Les principales réalisations au chapitre de la santé de la population seront incarnées par des mères et des enfants en santé, lesquels pourront profiter du développement de la petite enfance. Toutefois, je voudrais revenir sur le terrain, parce que c'est ce qui a fait défaut jusqu'ici, à mon avis, et ce, en dépit du volume monumental de bon travail effectué.

M. Ball : Je pense que votre observation est très importante. Il est évident que tous les niveaux ont un rôle à jouer, y compris les parties fédérales et provinciales territoriales. Ceci étant dit, l'échelon local est absolument vital.

À l'échelon local, je pense à trois capacités. Dans certaines collectivités, ces capacités ont été mises en commun, mais pas dans d'autres. Peut-être existe-t-il des modèles dont nous pourrions nous inspirer. Une chose est certaine : nous avons des conseils municipaux qui, sur une base probablement hebdomadaire, prennent des décisions fondamentales relativement aux déterminants de la santé, qu'on les appelle des déterminants ou pas. Par exemple, des décisions relatives à la planification des transports, à l'aménagement urbain, à la planification de l'utilisation des terres, et cetera, sont autant de considérations importantes dans une approche sur les déterminants de la santé.

Il est également important de reconnaître le rôle fondamental des autorités municipales et la nature des décisions prises par celles-ci. Je pense qu'il faudrait intégrer cela avec le rôle des unités locales de santé publique et des autorités sanitaires qui peuvent fournir une source d'expertise et un point de vue supplémentaire représentant tout l'éventail des fonctions liées à la santé publique. Cela comprend tout, de l'immunisation aux conseils sur les

healthy public policies in terms of smoke-free environments or the manner in which you undertake land use planning, et cetera.

The third cluster of organizations is those community-based groups concerned with issues that are really determinants of health. Addressing issues such as poverty and vulnerable populations at the community level is important. If you can find the models at the community level where you can harness all of those capacities and expertise, then, while we cannot dictate a particular structure, we can articulate an integrated approach that could be aspired to organizationally and from a planning perspective at the community level. That approach, as I say, would be more integrated and ensures that all of the capacities are brought to bear on the issue.

The Chair: I want to bring the financial people into this to ensure an integrated discussion. I think there are about 58 horizontal initiatives from Treasury Board.

Can you envision a financial structure that would allow this horizontal integration of the 12 most important determinants of health at the community level? It may be 15 by the time our report comes out. Can you see a way of dealing with this financially?

[Translation]

Yves Giroux, Acting Director, Social Policy, Department of Finance: Mr. Chairman, one important issue that would be worth considering is that of the respective roles and responsibilities of the provinces, municipalities and the federal government. There are a host of population health determinants. Most of these determinants fall under provincial or municipal areas of responsibility. Mr. Ball alluded to transport. This is mainly a provincial issue, as well as a municipal issue in large part.

The issue of revenue is a shared area of jurisdiction between the federal government and the provinces. It is one of the areas in which the federal government has the most important role to play regarding the health of the population, that of helping to decrease revenue gaps.

There is an old saying according to which it is better to be rich and healthy than poor and sick. I think that is an area that the federal government has a part to play in.

To respond briefly to your question regarding whether a financial mechanism exists which would take into consideration these 12 or 15 factors. I do not think such a mechanism exists which could credibly or effectively take into consideration all of these factors. Measures are already in place through tax transfers, enabling provinces to have access to comparable revenue in order to deliver similar services.

politiques de santé publique, y compris les environnements sans fumée ou la manière dont on procède à la planification de l'utilisation des terres.

Le troisième groupe d'organismes est celui des groupes communautaires qui s'intéressent aux véritables déterminants de la santé. Il est également important de s'attaquer à des problèmes comme la pauvreté et les populations vulnérables à l'échelon communautaire. Si vous pouvez trouver des modèles à l'échelon communautaire qui vous permettent de mobiliser toutes ces capacités et cette expertise, même si nous ne pouvons pas dicter de structure en particulier, nous pouvons néanmoins proposer une approche intégrée à laquelle on pourrait aspirer à un échelon organisationnel et à des fins de planification au niveau communautaire. Une telle approche, comme j'aime à dire, serait plus intégrée et garantirait que toutes les capacités sont mises à contribution.

Le président : Je veux faire intervenir les spécialistes des finances pour que la discussion soit complète. Si je ne m'abuse, le Conseil du Trésor a quelque 58 initiatives horizontales.

Pouvez-vous envisager une structure financière qui permettrait l'intégration horizontale des 12 déterminants de la santé les plus importants à l'échelon communautaire? Il se peut que leur nombre passe à 15 d'ici la publication de notre rapport. Est-ce que c'est faisable financièrement parlant?

[Français]

Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale, Finances Canada : Monsieur le président, une question importante qui mérite d'être étudiée est celle des rôles et responsabilités respectifs des provinces, des municipalités et du gouvernement fédéral. Il existe une série de déterminants de la santé des populations. La majorité de ces déterminants relève des provinces ou des municipalités. Monsieur Ball a fait allusion aux transports. C'est une question principalement du domaine provincial et aussi municipal dans une bonne mesure.

La question du revenu est de juridiction partagée entre le fédéral et les provinces. C'est un des secteurs où le gouvernement fédéral a le rôle le plus important en matière de santé des populations, soit celui de contribuer à diminuer les écarts de revenu.

Un vieil adage dit : « Vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade. » Je crois que c'est un secteur où le gouvernement fédéral a un rôle à jouer.

Pour répondre brièvement à votre question à savoir si un mécanisme financier pourrait tenir compte de ces 12 ou 15 facteurs, je ne crois pas qu'il y en ait un qui pourrait, de façon crédible ou efficace, tenir compte de tous ces facteurs. Des mesures sont déjà en place par l'entremise des transferts fiscaux, qui permettent aux provinces de disposer de revenus comparables pour livrer des services semblables.

Aside from these very general application or revenue distribution measures ensuring that the provinces have the same resources, I do not know of any simple and easy mechanism which would take into consideration these 12 to 15 factors.

[English]

Sally Thornton, Indian Affairs and Health, Treasury Board of Canada: Given everything my colleague from Finance Canada said with respect to roles and responsibilities and some of the difficulties in transferring funds, often at a community level you can enter into a results-based accountability framework to which all parties agree and which allows for some movement. It is an area where Treasury Board provides guidance. However, it is a collaborative arrangement where they identify common goals to enable them to start to speak the same language and work towards the same goals and the roles and responsibilities of each. They can indicate how much funding they will be contributing. They can also talk quite clearly about what they want to achieve. They can focus on results and everyone can take some ownership of those results. They can also agree to performance measurement indicators and a way of actually measuring them and reporting on those results.

This requires commitment from all parties, a clear governance structure and funding for the administration as well as for the actual delivery of the initiatives. That is a tool that can help bring a range of partners together. We use it interdepartmentally and between governments, and we have used it with community partners.

[Translation]

Senator Pépin: In Sweden, we know that the minister for public health is responsible for intersectoral collaboration when it comes to population health. In 1997, the Government of Canada took an important step in improving population health. Cabinet adopted a population health approach and Health Canada was chosen as the lead department.

What does the Public Health Agency of Canada think of the idea according to which government departments and agencies must consider the effect of their actions on population health? Is the Public Health Agency of Canada able to play this coordination role in a similar way to what is done in Sweden?

[English]

Mr. Ball: As I mentioned in my opening remarks, to advance significantly on the socio-economic determinants of health, we must work collaboratively within the federal government. The government obviously has a number of objectives, not just health. However, we do need to think about health in all the

À part ces mesures très générales d'application ou de répartition des revenus pour s'assurer que les provinces ont ni plus ni moins les mêmes ressources, je ne vois pas de mécanisme simple et facile à mettre en œuvre qui puisse tenir compte d'une douzaine ou d'une quinzaine de facteurs.

[Traduction]

Sally Thornton, Affaires indiennes et santé, Conseil du Trésor du Canada : Compte tenu de tout ce que mon collègue de Finances Canada vient de dire concernant les rôles et les responsabilités et certaines difficultés liées au transfert des fonds, à l'échelon local, on peut souvent s'entendre avec toutes les parties prenantes sur un cadre de reddition de comptes axé sur les résultats et qui permet une certaine latitude. Le Conseil du Trésor peut offrir une orientation à ce chapitre. Cela étant, c'est un accord de collaboration où sont recensés des objectifs communs pour que toutes les parties prenantes puissent commencer à parler le même langage et travailler à la réalisation d'objectifs communs, les rôles et les responsabilités de chacun étant précisés. Les parties peuvent indiquer quelle sera leur contribution financière. Elles peuvent également parler en toute franchise des objectifs escomptés. Elles peuvent mettre l'accent sur les résultats, et tout le monde peut revendiquer une partie de ces résultats. Elles peuvent en outre s'entendre sur des indicateurs de rendement, y compris sur une façon de mesurer ces derniers et de faire rapport des résultats.

Cela exige un engagement de la part de toutes les parties, une structure de gouvernance claire et du financement pour l'administration ainsi que pour l'exécution effective des initiatives. C'est un outil qui peut faciliter la convergence d'un éventail de partenaires. Nous nous en servons entre ministères et entre gouvernements, et nous l'avons également utilisé avec des partenaires locaux.

[Français]

Le sénateur Pépin : Nous savons que, en Suède, le ministre de la santé publique est responsable de la collaboration intersectorielle en santé de la population. En 1997, le gouvernement du Canada a fait un pas important pour faire avancer la santé de la population. Le Cabinet avait adopté une approche de la santé de la population et Santé Canada avait été choisis comme leader.

Que pense l'Agence de santé publique du Canada de l'idée selon laquelle les ministères et les organismes gouvernementaux doivent tenir compte de l'incidence de chacune de leurs actions sur la santé de la population? L'Agence de santé publique du Canada est-elle outillée pour jouer ce rôle de coordination, comme cela se fait en Suède?

[Traduction]

M. Ball : Comme je l'ai évoqué dans ma déclaration liminaire, pour progresser considérablement sur les déterminants socioéconomiques de la santé, nous devons travailler en collaboration avec les autorités fédérales. Le gouvernement a manifestement un certain nombre d'objectifs, et la santé n'en est

different policies and measures that we put forward so that we can ensure that the best possible outcomes for all objectives are achieved.

There are tools that one can use. Health-impact assessments are tools that are used by a number of countries. They are most successful in situations where it is not a directive to do a health-impact assessment on a particular policy or initiative but where there is an understanding on the part of all departments or sectors about health and how it can be best promoted and advanced so that it becomes a collaboration between, say, the health portfolio in the federal government and other departments as opposed to a directive to go through a series of questions or analyses, but working together. There are tools and there is expertise available within the health portfolio in order to provide that kind of collaborative support.

[Translation]

Senator Pépin: Training was provided in various departments and the Department of Health coordinated this training and was the lead department. It would seem there were some problems. To work at different levels, with different departments, currently it would be Health Canada. However, if another department coordinated these activities, like the Department of Finance for instance, would it make things any easier? Would it be easier from a leadership standpoint to ask another department to lead, considering the collaborative work that is done not only with federal departments but also with the provinces?

[English]

Mr. Ball: There may be a sense on the part of all departments that there would be, for example, a more neutral approach to this. I cannot speak for other departments, but if it were seen as a government-wide initiative, collaboratively undertaken or facilitated by a more neutral focal point, as I said before, that might create conditions for better collaborative work and consideration of health and well-being.

The Chair: In case you do not know Senator Eggleton, he has a lot of experience in horizontal integration, because he was the mayor of Toronto for three terms.

Senator Eggleton: I also tried to do it more when I was President of the Treasury Board. It is tough to do horizontal whole-of-government stuff in a system that is based on a lot of tradition and silos. Some of you are trying this.

Mr. Ball, you talked about the need for high-level championship. A very good example of that can be found in the U.K. The U.K. government has taken a strong leadership role — certainly they did on the basis of the previous Prime Minister, Tony Blair; as well, his Chancellor of the Exchequer, who is now

qu'un. Cela étant, nous devons penser à la santé dans toutes les différentes politiques et mesures que nous proposons de manière à pouvoir garantir les meilleurs résultats possibles pour tous les objectifs.

Ce sont donc les outils qu'on peut utiliser. Les évaluations de l'incidence sur la santé sont des outils utilisés dans de nombreux pays. Ces outils donnent les meilleurs résultats dans les situations où il n'y a pas de directives qui exigent que soit effectuée une évaluation de l'incidence sur la santé d'une politique ou d'une initiative en particulier, mais plutôt dans les situations où tous les ministères ou secteurs comprennent l'importance de la santé et la façon la meilleure de la promouvoir dans un cadre de collaboration entre, disons, le portefeuille de la santé à l'échelon fédéral et d'autres ministères. C'est préférable à une directive qui nécessite que l'on procède à une série de questions ou d'analyses. La collaboration est de mise. Il y a des outils et un savoir-faire au sein du portefeuille de la santé qui pourraient favoriser ce genre d'appui collaboratif.

[Français]

Le sénateur Pépin : Il y a eu une formation dans différents ministères et c'était le ministère de la Santé qui coordonnait cette formation, qui était le leader. Il semble qu'il y a eu des problèmes. Pour travailler à différents niveaux, avec différents ministères, actuellement ce serait Santé Canada. Toutefois, si un autre ministère coordonnait les activités, comme le ministère des Finances, est-ce que l'approche serait plus facile? Quand on travaille en collaboration, pas simplement avec des ministères fédéraux mais avec les provinces, si c'était placé sous un autre ministère, est-ce que sur le plan du leadership ce serait plus facile?

[Traduction]

M. Ball : Il se peut que tous les ministères aient l'impression, par exemple, qu'il pourrait y avoir une approche plus neutre que celle-ci. Je ne saurais parler au nom des autres ministères, mais si l'approche devait être perçue comme une initiative pangouvernementale, fondée sur la collaboration ou pilotée par une partie neutre, alors là, comme je l'ai dit auparavant, cela pourrait créer les conditions propices à une meilleure collaboration et une meilleure prise en considération de la santé et du mieux-être.

Le président : Au cas où vous ne sauriez pas qui est le sénateur Eggleton, sachez qu'il a énormément d'expérience en matière d'intégration horizontale, puisqu'il a été maire de Toronto pendant trois mandats.

Le sénateur Eggleton : J'ai aussi essayé d'en faire davantage quand j'étais président du Conseil du Trésor. Il est difficile de procéder de façon horizontale à l'échelle du gouvernement dans un système qui est fondé sur une longue tradition de cloisonnement. Certains d'entre vous sont en train de l'essayer.

Monsieur Ball, vous avez parlé de la nécessité de s'assurer l'adhésion des échelons supérieurs. Un très bon exemple est illustré par le Royaume-Uni. En effet, le gouvernement britannique a joué un rôle de leadership de premier plan. L'exercice a commencé sous l'ex-premier ministre, Tony Blair, et

the Prime Minister, was also closely involved with it. When you get the finance guy and the prime minister working in tandem with other ministers, you have a lot of leadership and championship from the top. That is a great example. Of course, they do not have the inconvenience of provinces, as I think the Finance Canada official would point out, so there is not a jurisdictional question.

There is that model, but then there is also one that you mentioned, Mr. Ball, with which I have some familiarity, and that is the urban development agreements. I only know of two of them — one in Vancouver and one in Winnipeg. I cannot remember what the one in Winnipeg is based on, but you have talked about the one in Vancouver. They are not the same kind of thing as the U.K. example. They are bottom-up examples where the municipality pulls all the players together. If we were doing population health on that basis, we would be dealing with many agreements across the country.

Could you comment on which one of those directions you see as producing the quickest results? Should we go to a more bottom-up approach or should we be getting the Government of Canada to take the top-down approach like the U.K. government?

Second, I wish to talk about the Aboriginal Horizontal Framework. Is that a model, maybe, here? It deals with some 360 programs and services. There are seven theme headings, including health, lifelong learning, housing, safe and sustainable communities, economic opportunities, lands and resources, and governance and relationships. It covers quite a lot. It may, in effect, cover population health — maybe not directly as a program but indirectly that seems like it could easily be all encompassed after that. Again, the Finance Canada official would say yes, but the federal government has that special responsibility for Aboriginals. This is one of the great problems, when you get into cross-sectoral issues with different levels of government.

Maybe that is a model we should be touting in this particular case. Does it work and is it a model?

Ms. Thornton: We can start with your last question about the Aboriginal Horizontal Framework. I am in the program sector within the Treasury Board Secretariat. I serve client departments, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada. I also have the lead on the Aboriginal Horizontal Framework.

First, I wish to clarify that we do not actually manage these horizontal initiative; we report on them. We seek to get good information about spending and results. The actual management of the initiatives lies elsewhere.

On the Aboriginal Horizontal Framework, we have been struggling with that. It was developed in 2004 to answer a simple question: How much are we spending on Aboriginal issues? We could not answer that. We are now coming up to our third report.

son chancelier de l'échiquier, l'actuel premier ministre, qui a aussi joué un rôle actif. Quand le ministre des Finances et le premier ministre travaillent en tandem avec d'autres ministres, on obtient alors un leadership ferme et une adhésion au sommet. Voilà un bon exemple. Évidemment, les Britanniques n'ont pas l'inconvénient des provinces, comme vous le dirait le représentant de Finances Canada, et il n'y a donc pas de querelle sur les champs de compétence.

Il y a donc ce modèle-là, mais il y a aussi celui que vous avez évoqué, monsieur Ball, avec lequel je suis quelque peu familier, et c'est celui des ententes sur le développement urbain. Je ne connais que deux exemples, celui de Vancouver et celui de Winnipeg. Je ne rappelle pas sur quoi était fondé l'exemple de Winnipeg, mais vous avez parlé de celui de Vancouver. Les deux illustrent le même type de modèle que l'exemple britannique. Ce sont des exemples d'une démarche ascendante où la municipalité mobilise tous les acteurs. Si le dossier de la santé de la population était géré de cette manière, nous aurions alors de nombreuses ententes de ce type partout au pays.

Pourriez-vous nous dire laquelle des deux approches produirait les résultats les plus rapides, d'après vous? Devrions-nous opter pour une approche ascendante ou convaincre le gouvernement du Canada de prendre des décisions au sommet comme l'a fait le gouvernement britannique?

Ensuite, j'aimerais parler du Cadre horizontal autochtone. Est-ce un modèle applicable ici peut-être? Il regroupe quelque 360 programmes et services. Il comporte sept rubriques, y compris la santé, l'apprentissage permanent, le logement, la sécurité et la viabilité des collectivités, les débouchés économiques, la terre et les ressources, ainsi que la gouvernance et les relations. Il couvre un vaste éventail. En fait, il couvre peut-être la santé de la population aussi, peut-être en creux sous forme de programme, mais il semble pouvoir tout englober. Là encore, le représentant de Finances Canada vous dirait que oui, mais le gouvernement fédéral a cette responsabilité spéciale envers les Autochtones. C'est là un des grands problèmes auxquels on se heurte quand on aborde des questions intersectorielles avec différents ordres de gouvernement.

Peut-être est-ce le modèle que nous devrions préconiser en l'occurrence. Est-ce que c'est efficace? Est-ce que c'est un modèle?

Mme Thornton : Nous pouvons commencer par votre dernière question concernant le Cadre horizontal autochtone. Je travaille au secteur des programmes au Secrétariat du Conseil du Trésor. Je fournis des services à des ministères clients, à Santé Canada et au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. C'est également moi qui pilote le Cadre horizontal autochtone.

Premièrement, je souhaite préciser que nous n'assurons pas la gestion de ces initiatives horizontales, mais que nous en faisons rapport. Nous cherchons à recueillir des renseignements fiables sur les dépenses et les résultats. La gestion effective de ces initiatives relève d'un autre secteur.

En ce qui concerne le Cadre horizontal autochtone, c'est une difficulté avec laquelle nous composons. Le Cadre a été élaboré en 2004 en réponse à une question simple : Combien dépensons-nous au titre des questions autochtones? Nous ne pouvions pas y

We could not answer how much we are spending on Aboriginal initiatives as a federal government. We have begun doing significant work on our expenditure management systems to better identify strategic outcomes and to better clarify program definitions that will help us define that.

However, the framework, as it stands now, engages about 30 departments. We report on spending. We are able to track about \$8 billion of federal government spending per year on that. We do it manually; we do not actually have the systems in place to pull those figures. Large departments such as Indian and Northern Affairs Canada have that capacity, but many of the smaller departments have to go through their programming and say, "Half of this is related to Aboriginal; a third from that." We are hoping to improve that through expenditure management system reform. However, it is not yet a management tool. Right now it is a reporting tool. I have ideas on how to make it a management tool — but this will take several years.

We report on the Aboriginal Horizontal Framework about 18 months after the fact. Great work has been done, but it is not helpful at this stage as a management tool.

Senator Eggleton: You say you monitor it, that it is managed somewhere else. Who manages it?

Ms. Thornton: The leads for the different initiatives are in respective departments.

Senator Eggleton: Does someone chair it?

Ms. Thornton: No one actually manages the framework. I chair the committee that gathers the data, inputs it and tries to clarify.

Senator Eggleton: You are there to monitor it.

Ms. Thornton: We are there to report on the spending. Then, as Treasury Board submissions come forward, we try to monitor and challenge whether the results are being achieved.

The Chair: Senator Eggleton and honourable senators, we have just received bad news. We have to wind up. There is a vote in the chamber in about 20 minutes.

Senator Eggleton: Can I get the answer to my question first or will we wrap up right away?

The Chair: No, that is fine.

Senator Eggleton: I am trying to come up with a model here. If that is not Aboriginal Horizontal Framework, is it the Urban Development Agreements? What is it?

Mr. Ball: I do not think it is an either-or issue. I do not think there is a single model, whether it be top-down or bottom-up. I will say that the identification of population health as

répondre. Nous en sommes maintenant à notre troisième rapport. Nous ne pouvions pas dire combien nous dépensons au chapitre des initiatives autochtones à l'échelon fédéral. Nous avons commencé des travaux d'envergure relativement à nos systèmes de gestion des dépenses pour parvenir à une meilleure définition des résultats stratégiques et à une meilleure définition des programmes qui nous permettraient d'atteindre cet objectif.

Cependant, dans sa forme actuelle, le cadre s'applique à environ 30 ministères. Nous faisons rapport sur les 8 milliards de dollars que dépense le gouvernement chaque année à cette fin. On le fait manuellement; nous n'avons pas les systèmes voulus pour sortir ces chiffres. Les grands ministères, comme celui des Affaires indiennes et du Nord, peuvent le faire, mais beaucoup de ministères plus petits doivent faire la ventilation de dépenses pour chaque programme pour déterminer quelle proportion des fonds est affectée aux Affaires indiennes. Nous espérons faire mieux grâce à la réforme du régime de gestion des dépenses. Mais ce n'est pas encore un outil de gestion. Pour le moment, il s'agit d'un outil qu'on utilise pour faire des rapports. J'ai certaines idées sur la façon de le transformer en outil de gestion, mais ça va prendre plusieurs années.

Nos rapports sur le Cadre horizontal autochtone arrivent 18 mois après coup. Les rapports sont excellents, mais à l'heure actuelle ils ne sont pas utiles comme outil de gestion.

Le sénateur Eggleton : Vous dites que vous surveillez tout cela, mais que le projet est géré ailleurs. Qui assume cette responsabilité?

Mme Thornton : Les responsables des différentes initiatives se trouvent dans les différents ministères.

Le sénateur Eggleton : Y a-t-il un président, quelqu'un qui le dirige?

Mme Thornton : Personne ne gère le cadre. Je préside le comité qui recueille les données, les entrées et essaie d'y apporter certaines précisions.

Le sénateur Eggleton : Votre rôle est de surveiller le système.

Mme Thornton : Notre rôle est de faire rapport des dépenses. Ensuite, au fur et à mesure que les soumissions au Conseil du Trésor sont présentées, nous essayons de voir si les résultats escomptés sont atteints.

Le président : Sénateur Eggleton et honorables sénateurs, je dois informer le comité que nous venons de recevoir une mauvaise nouvelle. Il faut qu'on lève la séance. Il y aura un vote au Sénat dans environ 20 minutes.

Le sénateur Eggleton : Est-ce que le témoin peut répondre à la question, ou faut-il conclure tout de suite?

Le président : Non, ça va.

Le sénateur Eggleton : J'essaie de déterminer quel est le bon modèle. Si ce n'est pas le Cadre horizontal autochtone, est-ce les ententes sur le développement urbain? Quel est le bon modèle?

M. Ball : Je ne pense pas qu'il existe un modèle unique — qu'il émane d'en haut ou d'en bas. À mon avis, ce serait déjà un progrès que d'identifier la santé de la population comme

a Government of Canada priority would be a significant advancement as long as it had a focal point, and, therefore, a lead, within the government to facilitate or ensure that a cross-government effort, according to certain objectives or targets, was developed and implemented. I would say that, as part of that effort, you would want to have very close collaboration with provincial-territorial governments and, in turn, work with provinces and territories to develop the agreements that are necessary in major urban centres and rural regions that would bring to bear the policy levers and the capacities of both levels of government to the issues that are being faced in urban and other communities.

It will take a whole-system approach to address these issues. I think it would be worthwhile to be aware of the socio-economic gradient in health.

It is worthy of government-wide attention since it affects all Canadians. At every step downwards in income or education, we see a decrease in health status. Nothing illustrates that more than statistics today that show that lower-middle-class Canadians have double the rate of Type II diabetes than the highest-income Canadians.

Senator Cook: I will just take 30 seconds. I am from the province of Newfoundland. Are any of you familiar with the government's Strategic Health Plan? They started with a draft provincial charter. They listed their goals, their outcomes and their way of achieving. The plan is crosses various government departments and has a reporting mechanism.

Although we are a small province and can manage that kind of thing, I wondered if you have seen it. If not, I would be pleased to send it to you. I would like your opinion on whether this could be a possible model that could be modified, even as the innovative community accounts — 10 components like household spending and whatever. An audit has been done. It is a comprehensive policy plan. It is in year three and it appears to be working.

Are you familiar with it?

Mr. Ball: We are familiar with the Newfoundland strategy. You mentioned the community accounts and I think that is a very interesting approach. It is one that could be useful for other regions and provinces.

For those who are not familiar with it, it is a system that collects and displays information on social, economic and health indicators at a community level. This data from the community accounts are used to inform social and economic policy at the provincial, regional and municipal levels. Therefore, it is a good example of how all of these different factors, which are essentially socio-economic determinants of health, are as a package considered in moving forward with the policies that are developed at the provincial level.

une priorité du gouvernement, pourvu qu'il y ait un responsable au sein du gouvernement pour faciliter et assurer qu'un effort intergouvernemental soit mis au point et appliqué en fonction de certains objectifs ou cibles. Il faudrait avoir une collaboration étroite avec les gouvernements des provinces et des territoires afin de mettre au point des ententes sur le développement urbain et en région rurale qui permettent aux deux paliers de gouvernement de travailler ensemble pour résoudre les problèmes.

Il faudra avoir une approche holistique. Il serait utile d'être conscient de l'incidence des facteurs socioéconomiques sur la santé.

Cette question mérite une approche pangouvernementale parce qu'elle touche tous les Canadiens. Toute diminution du revenu ou de l'éducation va de pair avec une diminution de la santé des gens. La preuve c'est que d'après les statistiques actuelles, les Canadiens dont le revenu se situe dans la moyenne inférieure ont un taux de diabète du type II qui est deux fois plus élevé que les Canadiens ayant les revenus les plus élevés.

Le sénateur Cook : J'en ai pour 30 secondes seulement. Je suis de Terre-Neuve. Est-ce que vous connaissez le plan Stratégie de santé du gouvernement de cette province? Il a commencé par mettre en place une ébauche de charte provinciale qui énumérait les objectifs, les résultats et les façons de les obtenir. Le plan s'applique à plusieurs ministères et prévoit un mécanisme de reddition de comptes.

Même si nous sommes une petite province capable de gérer un tel plan, je me demande si vous l'avez vu. Sinon, je me ferais un plaisir de vous l'envoyer. J'aimerais connaître votre opinion pour savoir s'il serait possible de modifier ce modèle, même si les comptes d'innovation pour les collectivités comprennent déjà dix variables y compris les dépenses ménagères. Une vérification a déjà été effectuée. Il s'agit d'un plan d'action global. Le plan est en vigueur depuis trois ans et semble bien fonctionner.

Est-ce que vous connaissez ce plan?

M. Ball : Nous sommes au courant de la stratégie pour Terre-Neuve. Vous avez parlé des comptes pour les collectivités, et je crois qu'il s'agit d'une approche fort intéressante et qui pourrait s'avérer utile pour d'autres régions et provinces.

Pour ceux qui ne connaissent pas ce plan, il s'agit d'un système qui recueille et affiche les renseignements sur les indicateurs sociaux, économiques, et en matière de la santé au niveau de la collectivité. Les données qui émanent des comptes pour la collectivité sont ensuite prises en compte pour élaborer les politiques sociale et économique aux niveaux provincial, régional et municipal. Donc, il s'agit d'un bon exemple qui montre comment tous ces différents facteurs, qui sont essentiellement des déterminants socioéconomiques de la santé, sont pris en compte ensemble pour faire progresser les politiques mises en œuvre au niveau provincial.

Senator Cook: It feeds into the provincial Ministry of Finance, which manages it.

The Chair: am sorry that we cannot continue this interesting discussion; I regret that we have not been able to utilize the witnesses fully. Perhaps there will be another opportunity. Thank you very much.

The committee adjourned.

Le sénateur Cook : Ces données sont acheminées au ministère des Finances de la province, qui en assure la gestion.

Le président : Je regrette que nous ne puissions pas continuer cette discussion intéressante et que nous n'ayons pas été en mesure de poser toutes nos questions aux témoins. Nous aurons peut-être une autre occasion de le faire. Merci beaucoup.

La séance est levée.

SENATE



SÉNAT

**POPULATION HEALTH POLICY:
INTERNATIONAL PERSPECTIVES**

**First Report of the
Subcommittee on Population Health of the Standing Senate
Committee on Social Affairs, Science and Technology**

Chair
The Honourable Wilbert J. Keon

Deputy Chair
The Honourable Lucie Pépin

February 2008

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:
www.parl.gc.ca
(Committee Business – Senate - Recent Reports)
39th Parliament – 2nd Session

TABLE OF CONTENTS

| | |
|---|----|
| ORDER OF REFERENCE | i |
| MEMBERSHIP | ii |
| EXECUTIVE SUMMARY | 1 |
| INTRODUCTION | 5 |
| CHAPTER 1: Australia | 6 |
| 1.1 Main Findings..... | 6 |
| 1.2 Government Responsibility..... | 7 |
| 1.3 Development and Implementation of Population Health Policy..... | 7 |
| 1.4 Monitoring and Evaluation..... | 10 |
| CHAPTER 2: England | 11 |
| 2.1 Main Findings..... | 11 |
| 2.2 Government Responsibility..... | 12 |
| 2.3 Development of Population Health Policy..... | 13 |
| 2.4 Implementation..... | 18 |
| 2.5 Monitoring and Evaluation..... | 18 |
| CHAPTER 3: Finland | 19 |
| 3.1 Main Findings..... | 19 |
| 3.2 Government Responsibility..... | 20 |
| 3.3 Development of Population Health Policy..... | 21 |
| 3.4 Implementation..... | 24 |
| 3.5 Monitoring and Evaluation..... | 25 |
| CHAPTER 4: New Zealand | 26 |
| 4.1 Main Findings..... | 26 |
| 4.2 Government Responsibility..... | 26 |
| 4.3 Development and Implementation of Population Health Policy..... | 27 |
| 4.4 Monitoring and Evaluation..... | 33 |
| CHAPTER 5: Norway | 34 |
| 5.1 Main Findings..... | 34 |
| 5.2 Government Responsibility..... | 34 |
| 5.3 Development of Population Health Policy..... | 35 |
| 5.4 Implementation and Monitoring..... | 37 |
| CHAPTER 6: Sweden | 38 |
| 6.1 Main Findings..... | 38 |
| 6.2 Government Responsibility..... | 38 |
| 6.3 Development of Population Health Policy..... | 40 |
| 6.4 Implementation of Population Health Policy..... | 43 |
| 6.5 Monitoring and Evaluation of Legislation..... | 43 |
| CHAPTER 7: Comparative Analysis | 44 |
| 7.1 Introduction..... | 44 |
| 7.2 Shift in Public Policy Thinking and Action..... | 45 |
| 7.3 Goals, Objectives and Targets..... | 46 |
| 7.4 Monitoring, Evaluation and Research..... | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 7.5 Role of the Health Sector and Others | 47 |
| 7.6 Health Impact Assessment (HIA) | 47 |
| 7.7 Regionalization | 48 |
| 7.8 Intersectoral Approach..... | 48 |
| 7.9 Government Intervention | 49 |
| 7.10 Concluding Remarks..... | 49 |
| APPENDIX 1 – WITNESS LIST | 51 |

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 20, 2007:

The Honourable Senator Keon moved, seconded by the Honourable Senator Watt:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the Committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the social determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the Committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the Committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2009, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted. ~

MEMBERSHIP

The following Senators have participated in the study on the inquiry on the issue of *Population Health Policy: International Perspectives* of the Subcommittee on Population Health:

The Honourable, Wilbert Joseph Keon, Chair of the Committee
The Honourable Lucie Pépin, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Bert Brown
Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Joyce Fairbairn, P.C.

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Céline Hervieux-Payette, P.C. or (Claudette Tardif) and Marjory LeBreton, P.C. or (Gérald J. Comeau)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senator Jim Munson
The Honourable Senator Art Eggleton, P.C.

EXECUTIVE SUMMARY

INTRODUCTION

The report presents an analysis of government policies to address population health and reduce health disparities in 6 countries –Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden.

AUSTRALIA

The Commonwealth government in Australia has not yet established a national population health policy. In contrast, four State governments (New South Wales, Victoria, South Australia, and Tasmania) have taken concrete action to improve population health and reduce health disparities.

The Commonwealth government does fund a number of initiatives and programs, however, that aim to improve either the health status of the overall population or that of specific population groups (including, in particular, Aborigines).

Australia believes there is insufficient evidence of the effectiveness of interventions to improve overall population health and reduce disparities in health; its government is correspondingly cautious. It does not propose inaction, but has a careful program to evaluate experimental interventions.

A defining feature of the Australian federal system is the dynamic tension inherent in intergovernmental relations and the degree of cooperation required between levels of government. Intergovernmental relations involve ongoing negotiations over funding and governments' respective responsibilities. This may have hampered the development and coordination of a truly national population health policy.

ENGLAND

England has a long history of pioneering a national approach to population health. It is the first, if not the only, country with a whole-of-government policy to reducing health disparities and improving overall population health.

A new policy was initiated in response to a 2002 Treasury-led Cross Cutting Review which examined all government programs to identify how public spending could be applied to greatest effect on the reduction of health disparities.

The policy is coordinated by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister. The Secretary of State for Health and the Minister of Public Health champion the policy within government. The Health Inequalities Unit, based in the Department of Health, fosters and coordinates efforts within central government and works with local authorities and non-governmental organizations. Progress is monitored across government by the Treasury.

Local Areas Agreements have been established: these are three year agreements that provide a framework for the relationship between central and local governments. They set out specific national goals to be accomplished at the local level over the duration of each agreement.

FINLAND

Finland has had an explicit policy aimed at improving population health and reducing health disparities since 1987. There is a sound information base, coupled with a specific government investment into population health research and a legislative requirement to report to Parliament on population health.

Concerned about increasing levels of health inequalities in Finland, the national government is preparing a national action plan to reduce them. It will be interesting to review this action plan which was initially set to be released toward the end of 2007.

Over the last 20 years, population health policy in Finland has emanated from the department of health, despite the recognition that many determinants of health lie under the purview of other government departments. Although the relevant departments are sometimes recognized within policy documents, it is unclear how they collaborate together in Finland to achieve common health goals.

A major challenge to implementation of the population health policy relates to the highly devolved system of government in Finland. While the national government provides national leadership, most programs and services are implemented and delivered by municipalities. Policies developed at the national level cannot be directive but, rather, indicative, guiding and supportive. It is also unclear whether the Finnish municipalities are equipped to respond to the challenges posed by a broad population health approach.

NEW ZEALAND

The New Zealand Health Strategy adopted in 2000 explicitly addresses health disparities and the health of the entire population, but its implementation is limited in its scope to actions taken by the health sector.

Special attention is being paid to Maori populations, with particular strategies and action plans incorporating a population health approach.

Restructuring has placed increased responsibility for the health of the population and the power to identify health priorities on regional bodies – District Health Boards). These boards are required under legislation to report to the Minister of Health on the implementation of the Health Strategy and progress toward health targets.

The Public Health Advisory Committee is actively promoting the pursuit of a population health agenda beyond the health sector, primarily through the use of Health Impact Assessment (HIA).

Amendments to the public health legislation were tabled in Parliament in late 2007 to encourage the use of HIA across government departments and agencies.

NORWAY

Initially, population health initiatives in Norway focussed on quality of life, placing the primary responsibility on individuals to improve their health status. Later a policy shift resulted in more balance between the personal responsibility of the individual for health and the community's role in making health-related choices easier and more attractive. Moreover, it is only recently that disparities in health have been addressed explicitly; previously the focus was on reducing poverty within vulnerable groups.

In 2007, the Norwegian government tabled in Parliament a *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*, a White Paper considered as the health-related part of a broad governmental effort to promote greater equity in health. Its focus is on education, work and income and the department of health has overall responsibility for its implementation.

The White Paper, along with other policies on *Work, Welfare and Inclusion*, the *Action Plan to Combat Poverty*, and *Early Intervention for Lifelong Learning*, constitute a comprehensive policy framework to improve the health of Norwegians and to reduce disparities. Population health is organized in a three tier system with the municipalities having the greatest role. Interdepartmental intersectoral collaboration is an integral part of the population health approach in Norway.

SWEDEN

Sweden has a comprehensive, "whole-of-government" approach to population health. Its population health policy is enshrined in legislation – the *Public Health Objectives Act* of 2003.

The Act enumerates 11 objectives for population health and sets specific, measurable targets for each one. Meeting these 11 objectives involve some 50 government departments and agencies.

The Act does not require government to restructure departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among them to improve population health and reduce health disparities.

The Minister for Public Health and Social Services heads a special national population health executive established to facilitate intersectoral collaboration.

The Swedish National Institute of Public Health is required to monitor and report every four years on progress made toward the 11 objectives.

It is too early to assess the impact of the Act of 2003, but clearly, it reflects a strong commitment, at the highest political levels, to an equity-oriented, intersectoral approach to population health.

COMPARATIVE ANALYSIS

There have been substantial lags between the initial documentation of health disparities, the formulation of national policies to reduce them, and progress toward their reduction.

There is no single right way to address health determinants and reduce health disparities. Each country's approach depends on the historical development and current alignment of its political, economic, administrative and social structures, all of which affect both the kinds and the scope of actions that can be taken.

Health goals, objectives and targets are essential components of population health policies. Each country differs, however, in the specification and number of goals, objectives and targets used.

A challenge all countries face is the shortage of evidence on the effectiveness of interventions to reduce disparities in health. In recognition, several governments have established national research programs; others require national institutes to monitor and report on population health.

The health sector has a crucial leadership role to play in recruiting and working in partnership with other actors from other sectors responsible for policies and programs with direct or indirect impacts on population health and health disparities. Moreover, the backing of finance departments is of particular importance to ensuring not only that adequate funds are available to support the implementation of strategies, but also in ensuring the compliance of other government departments.

Health Impact Assessment (HIA) practice is well developed in many of the countries covered in this review. In some countries, public health legislation has been employed to embed HIA as an integral component of government processes.

A broadly recognized challenge for the development and implementation of population health policy is the active involvement of all relevant government departments. Intersectoral collaboration is further complicated in systems where different levels of government share closely interdependent but different responsibilities for the health of the population. Another challenge is to mobilize the wide range of actors who have a direct influence on the lives and health of people – those in schools, the primary health care, the voluntary sector, anti-poverty groups, NGO's, employers, etc.

POPULATION HEALTH POLICY: INTERNATIONAL PERSPECTIVES

REPORT OF THE SENATE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

INTRODUCTION

In February 2007, during the 1st Session of the 39th Parliament, the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population known collectively as the determinants of health. The Senate renewed the mandate of the Subcommittee in October 2007, at the beginning of the 2nd Session of the 39th Parliament. A central element of the study is to identify the actions that must be taken by the federal government to implement population health strategies.

In response to this broad and complex mandate, we divided our study in two phases. The goal of the first phase is to gather evidence on the development and implementation of population health policy in various jurisdictions. The information obtained during this phase is based for the most part on background material prepared by our research team and external consultants, as well as on the testimony received during public hearings. The second phase of our study will be launched with the release of an issues and options paper which will form the basis for public hearings and consultations across the country. The consultation process will run through 2008. We expect to table our final report containing our recommendations in December 2008.

This is the first report to be released during phase one. It presents an analysis of government policies to address population health and reduce health disparities in a number of countries – precisely Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden – selected after consultation with experts in the field. It describes how population health policy in these countries is developed, implemented and evaluated. Information was obtained by searching government websites as well as through extensive literature review and from some of our public hearings. Although the information contained in this report is limited to six countries, it provides a good sample of the wide range of information on population health policy development. We believe that many lessons can be learned from careful review and comparison of policies from these countries.

This report contains seven chapters. Chapter One through Chapter Six describe the main characteristics and particularities of population health policy in each country. These chapters all address the same issues: main findings; government responsibility for population health; development and implementation of population health policy; and monitoring and evaluation. Finally, Chapter Seven provides a comparative review of the international experience we studied.

CHAPTER 1: Australia

1.1 Main Findings

- Although many policy documents have over the past 20 years recommended the adoption of a population health approach, there is neither a national population health policy in Australia nor an explicit “whole-of-government” approach to reducing health disparities by the Commonwealth (national) government.
- The Commonwealth government does fund a number of initiatives and programs, however, that aim to improve either the health status of the overall population or that of specific population groups (including, in particular, Aboriginals).
- The health sector in Australia is the strongest advocate for action on population health and health disparities.
- In contrast to the Commonwealth government, four State governments (New South Wales, Victoria, South Australia, and Tasmania) have taken concrete action to improve population health and reduce health disparities. These efforts have been taken at both the State government and health department levels.
- Experts have urged the development of an explicit national policy to encourage comprehensive and coordinated action across the country.
- Australia believes there is insufficient evidence of the effectiveness of interventions to improve overall population health and reduce disparities in health; its government is correspondingly cautious. It does not propose inaction, but has a careful program to evaluate experimental interventions. The Commonwealth government is committed to building a strong base of evidence for the development and implementation of effective population health policies through building comprehensive social health databases, collaborative research on health inequalities and an equity-focused health impact assessment framework for policy development.
- A defining feature of the Australian federal system is the dynamic tension inherent in intergovernmental relations and the degree of cooperation required between levels of government. The Commonwealth government collects most taxes while the States and Territories have a predominant role in administering programs and services; fiscal and functional responsibilities are divided. Therefore intergovernmental relations involve ongoing negotiations over funding and governments’ respective responsibilities. This may have hampered the development and coordination of a truly national population health policy.

1.2 Government Responsibility¹

As in Canada, under Australia's federal system of government, population health is a shared responsibility between the Commonwealth and six State and two Territorial governments. There, however, the Commonwealth government has a stronger role in population health than is the case in Canada. While provincial governments in Canada have far greater fiscal leverage over population health than does the federal government, the Australian States and Territories are largely dependent on the Commonwealth government for its funding. As in Canada, local (municipal) governments play a relatively small role:

- The **Commonwealth government** is responsible for public policy making at the national level. It is responsible for national affairs and collects about 80% of all tax revenue. The Commonwealth also has a leadership role in making health policy, particularly in national issues like public health, health care, research and national information management. Commonwealth responsibilities also include the provision of welfare and other assistance payments, marriage, immigration, external trade and commerce, currency, patents, defence, and telecommunications.
- The **State and Territory governments** have primary responsibility for the management and delivery of programs and services in the following areas: epidemiological surveillance, health literacy, education, culture, emergency services, environmental health, justice, transport, employment, agriculture, property and housing, etc.
- **Local (Municipal) governments** are responsible for health-related matters in their respective districts. Their powers and responsibilities vary from State to State/Territory, but broadly they are responsible for health promotion, disease prevention programs (such as immunization), environmental health services (such as sanitation and hygiene), town planning, building approvals, local roads, parking, public libraries, and community facilities.

1.3 Development and Implementation of Population Health Policy

The development of population health policy in Australia began in 1981 with publication by the World Health Organization (WHO) of the *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*.² In 1985, in response to this call for all WHO Member States to develop national policies, strategies and action plans to improve health, and to monitor progress against specified targets, the Commonwealth government established the Better Health Commission. The Commission was asked to report on the current health status of the Australian population and to recommend national policies and strategies relating to health promotion, disease prevention and overall population health. In 1986, it published a

¹ National Public Health Partnership, *Public Health in Australia*, 1998. <http://www.nphp.gov.au/publications/broch/contents.htm>.

² World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva, 1981.

three volume report, *Looking Forward to Better Health*.³ Among the Commission's recommendations were that major illness prevention activities should focus on the three areas of cardiovascular disease, nutrition and injury.

In 1987, the Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC)⁴ established a Health Targets and Implementation Committee (HTIC) to advise on implementation of the recommendations from the Better Health Commission report. In 1988, the HTIC published *Health for All Australians* which, for the first time in that country, outlined 20 goals and 65 targets, all with detailed cost estimates, in three main areas: population groups (e.g., socio-economically disadvantaged, Aboriginals, children, women, etc.), major causes of premature death (e.g., cancer, heart disease, diabetes, etc.), and major risk factors (e.g., drug and alcohol use, tobacco smoking, nutrition, physical activity, etc.).⁵ The report also included five priority health areas for preventive action (improved nutrition, high blood pressure, injury prevention, preventable cancers and seniors' health).

In 1988, the National Better Health Program (NBHP) was established to oversee the implementation of the strategies outlined in the HTIC report. A review four years later found that while progress had been made in some areas, there were limitations in the approaches to the goals and targets in *Health for All Australians*. It revealed that the NBHP program was mainly viewed as an exercise in health promotion. It recommended that the goals and targets be revised with a view to influencing policy decision-making addressing the underlying social and environmental determinants of health.

In 1988, the Health Targets and Implementation Committee published *Health for All Australians* which, for the first time in that country, outlined 20 goals and 65 targets, all with detailed cost estimates, in three main areas: population groups, major causes of premature death and major risk factors.

Following this review, the Commonwealth government commissioned a report by academics in the Department of Public Health at the University of Sydney. The report, entitled *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, was published in 1993.⁶ It revised the goals and targets of the *Health for All Australians* into four principal areas: 1) mortality, morbidity and quality of life; 2) healthy lifestyles and risk factors; 3) health literacy and life skills; and 4) healthy environments. It adopted a broader view of health than the previous reports and contained over 100 goals and 600 specific targets. The report also provided guidance on policy implementation including the identification of agencies to lead work on the priorities and the development of a program to monitor progress.

³ Better Health Commission, *Looking Forward to Better Health*, Canberra, 1986.

⁴ AHMAC membership comprises the head (plus one other senior officer) of each of the Australian Government, State and Territory and New Zealand Health Authorities, and the Australian Government Department of Veterans' Affairs. Its role is to provide effective and efficient support to the Australian Health Ministers' Conference.

⁵ Health Targets and Implementation Committee, *Health for All Australians*, Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference, Canberra, 1988.

⁶ D. Nutman, M. Wise, A. Bauman, E. Harris and S. Leeder, *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, Department of Health, Housing and Community Services, 1993.

The Australian Health Ministers endorsed these goals and targets and established a joint working group to pick initial national health focus areas for action. This group, drawn from the AHMAC and the National Health and Medical Research Council (NHMRC), recommended four priority health areas: 1) cardiovascular disease; 2) cancer; 3) injury; and 4) mental health. Implementation groups were established for each area.

Better Health Outcomes for Australians was published in 1994, bringing together the work of the four implementation groups. This report provided a number of goals, strategies and indicators for the four priority health areas. Following the release of the report, the AHMAC established a Better Health Outcomes Overseeing Committee (BHOOC). One year later, the BHOOC reviewed the national health goals and targets process and identified a number of issues: a) that the complexity of the goals and targets were problematic, b) the number of indicators (over 140 indicators across four health areas) was too large, and c) there were no national reporting requirements.⁷

After this review, the National Health Priority Areas (NHPA) Initiative was launched by the Australian Health Ministers in 1996. This initiative underlined the need for a national approach to population health. Reflecting concerns that the population health effort in Australia was not well coordinated, the NHPA is a collaborative effort involving the Commonwealth, State and Territory governments charged with overseeing and coordinating population health action. The National Health Priority Action Council is responsible for overseeing this initiative. The diseases and conditions targeted through the NPHA process were chosen because they were thought to be the areas where significant gains in the health of Australia's population can be achieved. Initially, four priority areas were selected: cancer control; cardiovascular health; injury prevention and control; and mental health. In 1997, diabetes was added to the list. Asthma was added in 1999 and arthritis and musculoskeletal conditions in 2002. Taken together, it was estimated that the seven NHPA priority areas accounted for almost 80% of the total burden of disease and injury in Australia.

It should be noted that, to complement its national health priorities, Australia also has a range of topic-based health strategies (e.g., drug, tobacco, HIV/AIDS; alcohol, needle and syringe exchange, etc.).⁸

⁷ Rebecca Mitchell and Rod McClure, "The Development of National Injury Prevention Policy in the Australian Health Sector: and the Unmet Challenges of Participation and Implementation," *Australia and New Zealand Health Policy*, Vol. 3, No. 11, October 2006, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1635711>

⁸ K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, World Health Organization, 2005.

In 1996, the Australian Ministers of Health created the National Public Health Partnership (NPHP) in another attempt to develop a more effective national coordinated approach to public health, disease prevention and population health. In 2006, the NPHP was replaced with two committees which are part of the AHMAC. The Australian Health Protection Committee (AHPC) focuses on public health, health protection and health disaster management, while the Australian Population Health Development Principal Committee (APHDPC) is responsible for the coordination of the national effort leading to an integrated health development strategy to include primary and secondary prevention, primary care, chronic disease and child health and well-being.⁹

In 1996, the National Health Priority Areas (NHPA) Initiative was launched by the Australian Health Ministers. This initiative underlined the need for a national approach to 'population health'. Reflecting concerns that the population health effort in Australia was not well coordinated, the NHPA is a collaborative effort involving the Commonwealth, State and Territory governments charged with overseeing and coordinating population health action.

To sum up, despite the many committees that were formed, policy documents written and reviews undertaken, there has been little progress in implementing national approach to population health over the past 20 years. A recent study suggests, however, that four States (New South Wales, Victoria, South Australia and Tasmania) are explicitly committed to improving population health and reducing health disparities.¹⁰ New South Wales, in particular, has put in place the most comprehensive range of structural supports to encourage health equity as described in its recent *In All Fairness* commitment to action. Because the State Department of Health alone has been given the responsibility of implementing the new health equity policy, it cannot, however, be considered a "whole-of-government" approach to population health; its implementation rests solely on the contribution of the health sector.¹¹

1.4 Monitoring and Evaluation

Australia has a strong knowledge base related to population health and health disparities and, since 1990, has been a pioneer in population health databases when its first social health atlas was published. Moreover, in 1998, the Commonwealth government established the national Health

Australia has a strong knowledge base related to population health and health disparities and, since 1990, has been a pioneer in population health databases when its first social health atlas was published. Moreover, in 1998, the Commonwealth government established the national Health Inequalities Research Collaboration to increase knowledge on the causes of, and effective responses to, health inequalities and to promote evidence-based action to reduce health disparities in Australia.

⁹ National Public Health Partnership, <http://www.nphp.gov.au>.

¹⁰ Lareen Newman, Fran Braum and Elizabeth Harris, "Federal, State and Territory Government Responses to Health Inequities and the Social Determinants of Health in Australia," *Health Promotion Journal of Australia*, Vol. 17, No. 3, 2006, pp. 217-225.

¹¹ Department of Health (New South Wales Government), *In All Fairness: Increasing Equity in Health Across NSW*, 17 May 2004. <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/fairness.html>

Inequalities Research Collaboration to increase knowledge on the causes of, and effective responses to, health inequalities and to promote evidence-based action to reduce health disparities in Australia. This research collaboration was disbanded in 2004 and its responsibilities were transferred to the National Health and Medical Research Council (NHMRC). Three research networks have been established under the auspices of the NHMRC: 1) children, youth and families; 2) sustainable communities; and 3) primary health care. Recent data on health inequalities have also been produced by the Australian Institute of Health and Welfare. According to experts, Australia has a sound knowledge base from which to act.¹²

In collaboration with researchers, the Commonwealth government has also developed an equity-focused health impact assessment (EFHIA) framework for policy development. This framework defines a structured approach for the systematic consideration of equity at each step of assessment of the health impact of policy proposals.¹³

In collaboration with researchers, the Commonwealth government has also developed an equity-focused health impact assessment (EFHIA) framework for policy development. This framework defines a structured approach for the systematic consideration of equity at each step of assessment of the health impact of policy proposals.

CHAPTER 2: England

2.1 Main Findings

- England has a long history of pioneering a national approach to population health. It is the first, if not the only, country with a whole-of-government policy to reducing health disparities and improving overall population health.
- A new policy was initiated in response to a 2002 Treasury-led Cross Cutting Review which examined all government programs to identify how public spending could be applied to greatest effect on the reduction of health disparities.
- The details of the British population health policy were presented in 2003 in *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, an ambitious agenda spanning all government departments.
- Under that program, England set specific national targets to reduce disparities in infant mortality and life expectancy at birth by 2010. A set of 12 national indicators

¹² Fran Baum and Sarah Simpson, « Building Healthy and Equitable Societies: What Australia Can Contribute to and Learn from the Commission on Social Determinants of Health », *Health Promotion Journal of Australia*, Vol. 17, No. 3, 2006.

¹³ Mary Mahoney, Sarah Tompson, Elizabeth Harris, Rosemary Aldrich and Jenny Stewart Williams. *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment*, August 2004.

was developed to support the 2010 targets. These indicators form the basis of regular reporting by government on progress, with short term proxy measures of long term trends in reducing health disparities.

- At the national level, the Program is coordinated by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister. The Secretary of State for Health and the Minister of Public Health champion the policy within government. The Health Inequalities Unit, based in the Department of Health, fosters and coordinates efforts within central government and works with local authorities and non-governmental organizations. Progress is monitored across government by the Treasury.
- Local Areas Agreements (LAAs) have been established: these are three year agreements that provide a framework for the relationship between central and local governments. They set out specific national goals to be accomplished at the local level over the duration of each agreement.
- To date, there has been little progress toward the national targets 'to be reached by 2010. It is clearly acknowledged that reversing the trends in health disparities will require a sustained, long-term, commitment both nationally and locally.
- England is also covered by the *United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion*. Its goal is to tackle social exclusion and make a decisive impact on poverty. It is unclear how this action plan is coordinated with the current efforts to reduce health disparities.

2.2 Government Responsibility

England, together with Scotland, Wales and Northern Ireland, is one of the four countries forming the United Kingdom. All four constituent countries are subject to the legislative authority of the United Kingdom Parliament, although there has been partial devolution of power to Northern Ireland, Scotland and Wales through the re-establishment of legislative assemblies in each country. In contrast, England has no separate governing body for the whole of it other than that of the government of the United Kingdom. The centralized nature of the United Kingdom, a constitutional monarchy and a unitary state, is reflected in the structure of public policy in England:

- The **central (UK) government** is responsible for a wide range of public policy matters and legislation related to population health, including health care, social services, income support, education, agriculture, transport, business, etc.
- The **9 Government Office Regions (GORs)** of England are regional entities that represent a total of eleven departments of the UK government: Cabinet Office; Local Government; Business, Enterprise and Regulatory Reform; Children, Schools and Families; Culture, Media and Sport; Environment, Food and Rural Affairs; Work and Pensions; Transport; Health; Justice; and the Home Office. They are involved in the provision of services and supports that influence population health,

including, for example: regenerating communities, fighting crime, tackling housing needs, improving public health, raising standards in education and skills, tackling countryside issues, and reducing unemployment.¹⁴

- **Local authorities, county districts and London boroughs** all have varying degrees of autonomy in selected areas of population health policy.

Efforts to improve population health and reduce health disparities in England span both levels of government, with increasing devolution by the central government to its regional offices and the local authorities.

2.3 Development of Population Health Policy

As noted above, England has a long history of pioneering population health and is the first, if not the only, country with a comprehensive stand-alone policy on reducing health disparities and improving overall population health. Its current approach to population health, one that addresses health inequalities specifically, has been developed step by step over the past 30 years.

In 1977, in response to mounting concerns about health disparities, the UK government established the Inequalities in Health Research Working Group, under the direction of Sir Douglas Black, to review the evidence of health disparities and recommend a policy response. The Black Report (1980), as it became known, showed that, despite the advent in 1948 of universal health care through the National

The Black Report showed that, despite the advent in 1948 of universal health care through the NHS, significant disparities in health persisted and that they were largely attributed to poverty. In addition, the report made a strong case that “people’s behaviour is constrained by structural and environmental factors over which they have no control”. As a result, it recommended a horizontal approach to improving population health backed by significant financial expenditures across government departments.

Health Service (NHS), significant disparities in health persisted and that they were largely attributed to poverty. In addition, the report made a strong case that “people’s behaviour is constrained by structural and environmental factors over which they have no control”. As a result, it recommended a horizontal approach to improving population health backed by significant financial expenditures across government departments.¹⁵ The government of the day, however, decided that the recommendations were too expensive to implement. Nonetheless, the long-term policy implications of the Black Report were substantial. It generated public attention directed toward the non-medical determinants of health and health disparities and set the agenda both for research and policy discussions over the next two decades.¹⁶

¹⁴ Government Offices for the English Regions, *About the Network*, <http://www.gos.gov.uk/aboutusnat/>

¹⁵ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, Chair), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980. <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

¹⁶ Michael Marmot, “From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, No. 5, 2001, pp. 1165-1171. <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/5/1165#R3>

In 1991, the UK government published a consultation paper which set out its proposals for the development of a population health strategy for England.¹⁷ One year later, *The Health of the Nation* was launched. This population health strategy outlined five key areas for action (coronary heart disease and stroke; cancer; mental illness; HIV/AIDS and sexual health; and, accidents) and identified 25 targets to improve health overall. Interestingly, the strategy rested on a “whole-of-government” approach to population health, involving 11 government departments. A Ministerial Cabinet Committee was established to oversee development, implementation and monitoring of the strategy and to ensure coordination of the central government’s efforts with regional and local authorities. In addition, the government announced its intention to produce a guide to facilitate health impact assessment. Also planned was systematic review of progress towards achievement of targets and periodic reporting.¹⁸

England has a long history of pioneering population health and is the first, if not the only, country with a comprehensive stand-alone policy on reducing health disparities and improving overall population health.

Concerns were raised that none of the targets of the new population health strategy addressed health disparities directly but the growing weight of evidence forced acknowledgement of the problem. In 1995, the government initiated another review to obtain advice on what the Department of Health and the NHS could do to tackle ethnic, geographical, socio-economic and gender disparities in health. This review, led by the Chief Medical Officer, culminated in publication of *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?* The report showed that disparities in health were the outcome of socio-economic inequalities in living standards and life chances that took their cumulative toll on health in childhood and throughout the lifespan. It concluded that, without policies to address them, such disparities would be a serious barrier to the achievement of the national health targets. The report also underlined the necessity of partnerships with local authorities, the voluntary sector, and communities and individuals themselves, given that the contributors to health disparities were both many and complex.¹⁹

¹⁷ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*, London, 1991.

¹⁸ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, London, 1992.

¹⁹ United Kingdom Department of Health, *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?*, London, 1995.

Two years later, the UK government set up an independent inquiry chaired by Sir Donald Acheson, to review and summarize health disparities in England and identify priority areas for the policy development to reduce them. While the Black Report addressed the socio-economic causes of health inequalities, the Acheson Report, released in 1998, identified health inequalities geographically and among population sub-groups as well as at all stages of the life course from pregnancy to old age. It put forward 39 recommendations and identified three crucial priorities: 1) all policies impacting on health should be subject to health impact assessments; 2) high priority should be given to the health of families with children; and 3) further steps should be taken to reduce income inequalities and improve the living standards of poor households.²⁰

The Acheson Report, released in 1998, identified health inequalities geographically and among population sub-groups as well as at all stages of the life course from pregnancy to old age. It put forward 39 recommendations and identified three crucial priorities: 1) all policies impacting on health should be subject to health impact assessments; 2) high priority should be given to the health of families with children; and 3) further steps should be taken to reduce income inequalities and improve the living standards of poor households.

While the Acheson Inquiry was ongoing, the UK government released (in February 1998) another consultation document which set out its proposals for concerted action in partnership with local organizations to improve the health and living conditions of the population. These proposals were to meet two goals: 1) to improve the health of the population as a whole by increasing longevity and the number of years free from illness; and 2) to improve the health of the worst off in society and thereby reduce health disparities. It made clear the importance of individual responsibility and partnership with local communities to improve population health.²¹

²⁰ *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report* (Sir Donald Acheson, Chair), the Stationary Office, London, 1998. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>

²¹ United Kingdom Department of Health, *Our Healthier Nation: A Contract for Health*, London, 1998. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ohnation/title.htm>

In response to the report of the Acheson Inquiry and after public consultations, in 1999 the UK government revised its population health policy and published *Saving Lives: Our Healthier Nation*²², along with its companion document *Reducing Health Disparities: An Action Report*.²³ These reports set out the actions the government would take – by its departments and through partnerships between the various regional and local organizations in England – to reduce health disparities. New targets were established for the five priority areas. And again, health impact assessments were to be made “a part of the routine practice of policy-making in government”. The revised policy was considered the most comprehensive program ever proposed to tackle health inequalities in the UK.

To ensure that efforts across government departments were coordinated and that they supported effectively the goal of reducing health disparities, in 2002 the UK government conducted an inter-departmental spending review of health inequalities. The “cross-cutting” spending review, led by the Treasury, assessed government departmental expenditures in education, welfare, criminal justice, environment, transport and local

In 2002 the UK government conducted an inter-departmental spending review of health inequalities. The “cross-cutting” spending review, led by the Treasury, assessed government departmental expenditures in education, welfare, criminal justice, environment, transport and local government in relation to health distribution. In turn, the results from the spending review informed departmental spending plans for the 2003-2006 fiscal years. Further, the results generated mandatory commitments to actions that, in sum, constituted a whole-of-government approach to reduce health disparities.

government in relation to health distribution. In turn, the results from the spending review informed departmental spending plans for the 2003-2006 fiscal years. Further, the results generated mandatory commitments to actions that, in sum, constituted a whole-of-government approach to reduce health disparities. In particular, the emphasis was on:

- Ending the cycle of health disparities by tackling poverty and deprivation, especially a) in families with children, b) by supporting healthy pregnancies and early childhood development and c) through educational interventions to eliminate the attainment gap.
- Addressing the major causes of mortality and injury, in particular the social gradient in modifiable behavioural and physiological risks (smoking, physical activity and nutrition) and in the provision of treatment services.
- Improving access to public services and facilities, in particular in the sectors of primary care and public transport.

²² United Kingdom Department of Health, *Saving Lives: Our Healthier Nation*, London, July 1999. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>

²³ United Kingdom Department of Health, *Reducing Health Inequalities: An Action Report*, London, January 1999. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006054

- Strengthening disadvantaged communities through neighbourhood renewal and regeneration, improving housing, making communities safer, and providing more public services to facilitate access to employment and education, and
- Helping particularly susceptible groups through targeting the needs of the fuel poor²⁴, those with mental illness, the homeless, and prisoners and their families.²⁵

The government provided further details of its whole-of-government approach to health disparities in 2003 with the release of *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. The program set out an ambitious agenda spanning 12 central government departments/agencies as well as a number of regional and local authorities. It was supported by a national public service agreement (PSA) target along with two more detailed objectives:

- to reduce inequalities in health outcomes by 10% by 2010 as measured by infant mortality and life expectancy at birth:
 - starting with children under one year, by 2010 to reduce by at least 10% the gap in mortality between routine and manual groups and the population as a whole;
 - starting with local authorities, by 2010 to reduce by at least 10% the gap between the fifth of areas with the lowest life expectancy at birth and the population as a whole.²⁶

There were, in addition, 76 cross-government commitments to be delivered by 2006. It was made clear, however, that securing results would take many years; the program stressed the intergenerational aspects of many of the contributory factors leading to health disparities.

England is also incorporated under the *United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion*.²⁷ the goal of which is to tackle social exclusion and reduce poverty. It is unclear how this action plan is coordinated with the current efforts to reduce health disparities.

²⁴ Fuel poverty occurs when households spends more than 10% of their income on fuel used to heat their homes to an adequate standard of warmth

²⁵ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2002 Cross-Cutting Review*, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/03/04068003.pdf

²⁶ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, 2003. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf.

²⁷ United Kingdom Department of Work and Pensions, *Working Together: United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion, 2006-2008*, 2006. <http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2006/nap>

2.4 Implementation

Population health/health disparity reduction policy in England is “top-down” guided by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister that provides overall governance and coordination across government departments. The Secretary of State for Health and the Minister of Public Health are jointly responsible for championing the policy within government. An interdepartmental working group of senior officials monitors departments to ensure that their programs contribute to the achievement of the national target. Within the Department of Health, the Health Inequalities Unit focuses on establishing links among health entities to ensure that a health inequalities perspective applies to their programs and initiatives.

Working in partnership is seen to be the key to the success of the population health/health disparity reduction policy. This involves cooperation and collaboration between the UK government and several regional/local authorities. Accordingly, the Department of Health supported the formulation of Local Area Agreements (LAAs) as important elements in the planning process to give greater prominence to health inequalities and health outcomes in local community planning. LAAs are established with GORs and address particular attention to: children and young people; safer and stronger communities; healthier communities and older people. Together with Regional Assemblies and Regional Development Agencies, the GORs also consider the broader economic determinants of health and strategy on transportation, employment, the environment and community renewal.

Population health/health disparity reduction policy in England is guided by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister that provides overall governance and coordination across government departments. The UK government also cooperates and collaborates with several regional/local authorities through the use of Local Area Agreements (LAAs).

2.5 Monitoring and Evaluation

A Programme for Action committed to the development, at the national level, of a high-level cross government set of indicators that would be monitored and published annually to track progress. Locally, each regional entity was encouraged to select and report on indicators relevant to its own needs. The status report on the *Programme for Action* published in 2006 showed no narrowing of health disparities against the PSA targets. The changes reported included:

- a slight reduction in the gap for male life expectancy for 2002-04 compared to 2001-2003;
- a slight increase in the gap for female life expectancy for 2002-04 compared to 2001-2003;
- no change in the infant mortality target between 2001-2003 and 2002-2004;

- in terms of the cross government headline indicators, slight improvements in the trends in terms of road accident casualties for children, educational attainment and housing quality; and
- some signs of a widening of inequalities between 2000 and 2005 in smoking in pregnancy between the routine and manual group and all mothers.²⁸

The status report acknowledged once again that reversing the trends in disparities would require sustained commitment at both the national and local levels over time (measured in generations).

In 2004, the UK government stated once again that the impact of “non-health” interventions on population health should be more routinely considered both before implementing policies – through health impact assessments – and afterwards – through evaluation. Accordingly, it announced that it would build health into all future legislation by including health as a component in regulatory impact assessment.²⁹ This decision, however, has not been enforced either through legislation or policy.³⁰

The same year, the Department of Health published a guide on interventions that have shown to be effective in reducing health disparities; this guide was to assist providers and organizations who deliver health care at the local level.³¹

CHAPTER 3: Finland

3.1 Main Findings

- Finland has had an explicit policy aimed at improving population health and reducing health disparities since 1987. There is a sound information base, coupled with a specific government investment into population health research and a legislative requirement to report to Parliament on population health.
- The current (target year 2015) policy on national population health, however, includes only a few detailed suggestions relating to the kinds of initiatives needed to meet the target. Concerned about increasing levels of health inequalities in Finland, the national government is preparing a national action plan to reduce them. It will

²⁸ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action – 2006 Update of Headline Indicators*, August 2006. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062903

²⁹ United Kingdom Department of Health, *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, 2004. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

³⁰ Dr. Fiona Adshead, *Proceedings*, 11 December 2007.

³¹ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities – What Works*, 2005. <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Healthinequalities/Bestpractice/index.htm>

be interesting to review this action plan which was set to be released by the Finnish government toward the end of 2007.

- Over the last 20 years, population health policy in Finland has emanated from the department of health, despite the recognition that many determinants of health lie under the purview of other government departments. Although the relevant departments are sometimes recognized within policy documents, it is unclear how they collaborate together in Finland to achieve common health goals.
- Finland has a separate policy on poverty and social exclusion, but there is little information on how its implementation is coordinated with the population health policy.
- A major challenge to implementation of the population health policy relates to the highly devolved system of government in Finland. While the national government provides national leadership, most programs and services are implemented and delivered by municipalities. Policies developed at the national level cannot be directive but, rather, indicative, guiding and supportive. It is also unclear whether the Finnish municipalities are equipped to respond to the challenges posed by a broad population health approach.

3.2 Government Responsibility

Finland is a democratic republic with a parliamentary system of government. Its unicameral Parliament, the Eduskunta, has 200 members elected for a four-year term on the basis of proportional representation. The country is divided into 6 provinces and 416 municipalities, the latter with the authority to levy taxes and the responsibility for the delivery of a wide range of programs and services. Democratic decision-making takes place on either the national or municipal level.

- The **national government** is responsible for developing broad national policies, passing legislation, and supervising policy implementation. It has responsibilities in all fields relevant to population health: health care, social affairs, education, labour, environment, justice, etc.³²
- **Municipalities** also have a broad range of responsibilities. As self-governing entities, they can undertake a variety of functions but also have a number of statutory obligations. National legislation sets out a number of functions that the municipalities may or may not perform but in respect to those they decide to undertake, they must adhere to the relevant national legislation. The most important areas of municipal responsibility include social welfare, health care, education, and culture. They are also responsible for the maintenance of streets and local roads. Moreover, they perform functions in the field of environmental

³² Finnish Government, *Facts about the Government*, <http://www.government.fi/tietoa-valtioneuvostosta/perustietoa/en.jsp>.

administration, such as land use planning, building regulation, environmental protection and waste management.³³

According to one Finnish expert, since 1993 there has been a “radical” shift from centralized state planning and intervention to “extreme” decentralization. In his view, this shift has been both remarkable and rare by international comparison: municipalities now have the main operative public responsibility for health.³⁴ This highly devolved system of government creates challenges to the development and implementation of population health policy in Finland.³⁵

3.3 Development of Population Health Policy

Finland was among the first countries to create a national policy on population health; in 1982, it was a pioneer for the World Health Organization in developing the WHO strategy for health for all.³⁶ At the time, the decision to launch that strategy was both an ambitious attempt to do things differently and also an acknowledgement of the fact that continuing to expand health care would not necessarily improve health outcomes.³⁷

Finland was among the first countries to create a national policy on population health; in 1982, it was a pioneer for the World Health Organization in developing the WHO strategy for health for all.

In 1987, the government devised its own population health policy and released *Health for All by 2000 – the Finnish National Strategy*. The strategy incorporated a focus broader than health care and had 34 lines of action directed to four targets: 1) adding years to life (i.e. a decline in premature deaths); 2) adding health to life (i.e. a decline in chronic diseases, accidents and other health problems); 3) adding life to years (i.e. good health and functional capacity for longer in life, with welfare to match); and 4) reducing health disparities between population groups (i.e. reducing health differences between genders, socioeconomic categories and people living in different regions). The government proceeded to implement the steps outlined in the strategy and a special health research program was launched with new government funding to monitor trends in health status and socioeconomic disparities in health.

At the time, the municipalities presented exceptional potential for intersectoral action related to population health based on the fact that in the 1980s all municipalities were required to establish two councils. One was an intersectoral council for health education and promotion, which was intended to bring together health care, schools, youth

³³ Ministry of the Interior, *Legislation on Local Government in Finland*, Government of Finland, 2007, <http://www.intermin.fin.fi/gunn/home.csf?pages=1598468247DUGSC0C22544344000462107/openfile.csf>

³⁴ Simo Kokko, “The Process of Developing Health for all Policy in Finland, 1981-1995,” *Exploring Health Policy Development in Europe*, World Health Organization, Edited by Anna Ritsatakis et. al., 2000, pp. 27-40, http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_37.

³⁵ WHO Regional Office for Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.php?eng/subjt/health/hprom/index.htm>.

³⁶ Simo Kokko (2000), *op.cit.*

³⁷ *Ibid.*

work and sports. The second, a council for rehabilitation issues, was oriented toward coordinating the work of health, social work and other professionals providing health-related services directly to individuals and families and avoid unnecessary inter-professional referrals. To facilitate intersectoral collaboration, the government transformed its previously earmarked subsidies into block grants so that funds could be used to meet local priorities. The resultant intersectoral action between the health and social sectors intensified in the 1990s as municipalities increasingly consolidated administration of their health and social programs.³⁸

In 1993, the WHO conducted an external review of the Finnish population health strategy. The main findings included: 1) development of the strategy had been too confined to the health care sector; involvement of other sectors and wider consultation would have helped subsequently in implementing the strategy; 2) although experts and policy makers were committed to the population health strategy, the principles had not received enough visibility in the mass media or at the grassroots; 3) development and implementation of the strategy had been led by experts and public servants in a top-down manner; municipalities were not brought into the process at the initial stages; 4) the strategy had been used as a means of legitimizing rather than initiating the national process of formulating population health policy; 5) the strategy was not based on sufficiently quantified targets; and 6) the group of public servants within the health care sector that had been given responsibility for implementing and monitoring the strategy was too small; more financial and human resources should have been used.³⁹

In 1995, new legislation was adopted requiring the Finnish government to table in Parliament a biannual report on the state and development of the health of the nation. The first report, presented in 1996, provided a broad overview of the health determinants of the Finnish population and highlighted health challenges and trends. A major section of the report was devoted to studying the health impact of policies in fields other than health. Subsequently the contribution of other government departments to health was recognized and their participation in the promotion and protection of health was encouraged.⁴⁰ The second report, tabled in 1998, included information on trends in health, illness, social conditions, disparities in health and income, social exclusion, working environments, living conditions of children and youth, etc.; it included information relating to the contributions from all departments. Information was also obtained from umbrella organizations in the social welfare and health sectors. This second report was remarkable for its broader focus on population health and social security than would have been done by any single department.⁴¹

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Council of State of Finland, *Public Health Report Finland 1996*, http://www.pia-phr.nrw.de/abstracts/sf/sf_649835.html.

⁴¹ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Social Welfare and Health Report, 2000*, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents13.htm>.

In 2000, the national government released the *Health 2015 Public Health Programme* which revised and updated the national policy on population health.⁴² The four general targets (giving people a longer and healthier life and reducing health disparities) were maintained, and eight new targets were added. The first five were aimed at population groups – child health; smoking by young people; accidental and violent death among young men; increasing working and functional capacity of the workforce; and improving functional capacity among people over 75. The last three targets focused on the population as a whole and included: increasing healthy life expectancy by an average of two years; maintaining satisfaction with respect to health care; and reducing health disparities.

Some of the targets were quantitative (e.g. to reduce smoking by 16-18 year olds to less than 15%). Others were less specific (e.g. increases in child well-being and health, and appreciable decreases in symptoms and diseases caused by insecurity). According to experts, the 2015 national health policy included only a few detailed suggestions of the kinds of initiatives needed to meet the targets.⁴³ This policy also stressed the need for multi-sectoral collaboration among the Ministry of Social Affairs and Health and other departments,

In 2000, the national government released the Health 2015 Public Health Programme which revised and updated the national policy on population health. The revised policy stressed the need for multi-sectoral collaboration among the Ministry of Social Affairs and Health and other departments, the municipalities, universities, businesses, communities and individuals.

the municipalities, universities, businesses, communities and individuals. In particular, it acknowledged that local authorities play an increasingly important role as the national government strives to replace top down with bottom up management. Social inclusion was also acknowledged a priority. The *Health 2015 Public Health Programme* will be subject to comprehensive monitoring and external evaluation. Indicators will be devised to assess the attainment of the targets and will feed into population health reports that will be produced every four years.⁴⁴

In addition to the health 2015 document, policies, strategies and action plans for specific topics are in place, some with their own targets. Examples of these policies are: the National Aging Policy up to 2001,⁴⁵ the Drug Strategy of 1997, the National Action Plan against Poverty and Social Exclusion, and the Development of Health Enhancing Physical Activity. Together, these strategies and initiatives form a comprehensive policy framework to improve overall population health and to reduce health disparities. It is unclear, however, how or whether their implementation is being coordinated.

⁴² Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, 2001, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17.htm>.

⁴³ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire and Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, European Commission, May 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287,214715,180641900266157&id=Seite872>.

⁴⁴ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, September 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁴⁵ Ministry of Social Affairs and Health, *A National Policy on Aging Up to 2001*, 1996, <http://pre20031103.stm.fi/english/pao/ageing1.htm>.

In March 2007, the government released the latest step in the implementation of the Finnish population health policy a *National Action Plan to Reduce Health Inequalities*. It was to be completed by the end of 2007 and aims to identify the policy areas and measures required to achieve the national target to reduce socioeconomic disparities in health, set out in the national health 2015

In March 2007, the government released the latest step in the implementation of the Finnish population health policy a National Action Plan to Reduce Health Inequalities. It was to be completed by the end of 2007 and aims to identify the policy areas and measures required to achieve the national target to reduce socioeconomic disparities in health, set out in the national health 2015 policy.

policy. Preparation of the action plan is the responsibility of the Ministry of Social Affairs and Health and the Advisory Board for Public Health. It will be built around the following seven strands:

- 1) Reinforcing population health policies and integrating the health inequalities into it;
- 2) Strengthening work to reduce health inequalities in municipalities;
- 3) Alcohol and tobacco policies;
- 4) Enhancing the equity in public services;
- 5) Reducing health inequalities in children and young people and preventing social exclusion;
- 6) Reducing health inequalities in people of working age;
- 7) Developing monitoring systems for health inequalities among population groups.⁴⁶

Strands 1 and 2 cover the levels at which actions are implemented and the principles that inform them. Strands 3 and 4 cover major determinants of health disparities, and 5 and 6 the most important targeted populations. Strand 7 addresses the information system necessary for implementation of the appropriate policies and the assessment of the extent to which they are achieving their objectives.⁴⁷

3.4 Implementation

Under the national health 2015 policy, many actors have a role in implementing population health policy. The Ministry of Social Affairs and Health is responsible for coordinating the overall policy and the actions that each of the key players should take. It is also given the responsibility of working in close cooperation with municipalities to

⁴⁶ Ministry of Social Affairs and Health (Finland). *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, 20 March 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/health_inequalities_action_plan_2007.pdf.

⁴⁷ *Ibid.*

improve their potential to achieve the targets. The policy also stresses that municipalities must be supported in their health promotion and monitoring and evaluation activities. Municipalities are also encouraged to cooperate more closely with one another. In addition, the Ministry of Social Affairs and Health must work with other relevant departments to strengthen the health promotion role of the business sector and the industry. Non-governmental organizations must cooperate at the community level in the health promotion efforts and individuals are encouraged to be active in promoting their own health.

A concern was raised that, with the exception of the health sector, the national level has no operational role, and the Ministry of Social Affairs and Health is the only department given explicit responsibilities.⁴⁸ It is not yet known how the *National Action Plan to Reduce Health Inequalities* will be developed and which department(s) will have responsibility for its implementation.

3.5 Monitoring and Evaluation

Finland has a strong tradition of monitoring health status and the occurrence of illness through various national population surveys and registers. The wide range of data collected has facilitated monitoring of the Finnish population health policy. The population health reports that are presented to Parliament are comprehensive, covering various sectors and levels of government. They are based on legislation requiring all departments to contribute by reporting their health-related activities. It has been argued, however, that the national health 2015 policy contains only a few specific health targets and that their paucity makes monitoring of the policy difficult to achieve.⁴⁹

Finland has a strong tradition of monitoring health status and the occurrence of illness through various national population surveys and registers. The wide range of data collected has facilitated monitoring of the Finnish population health policy. The population health reports that are presented to Parliament are comprehensive, covering various sectors and levels of government. They are based on legislation requiring all departments to contribute by reporting their health-related activities.

In health research, the Academy of Finland currently leads a national research program on health disparities. Another joint research project on health disparities, "TEROKA", has recently been initiated by three national research institutes (National Public Health Institute, National Research and Development Centre for Welfare and Health, and Finnish Institute of Occupational Health). TEROKA involves researchers with a variety of academic backgrounds including epidemiology, health services research, social policy, medical sociology, medicine, and nutritional science. The goals of the project are to: strengthen research; promote partnerships to reduce health inequalities; develop practical measures of the effects of interventions on population health (e.g. impact

⁴⁸ WHO Regional Office for Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.php?eng/subjt/health/hprom/index.htm>.

⁴⁹ *Ibid.*

assessment); raise awareness among policymakers; and encourage the development of policies to reduce health inequalities.⁵⁰

Some experts contend that setting ambitious goals and targets and enhancing epidemiological knowledge through research and development of comprehensive databases by themselves do not necessarily lead to government action. It appears, however, that striving for better health for the whole population has been successful in Finland. In contrast, striving to make more equitable the distribution of health has not been successful because of the lack of active commitment on the part of the different players charged with implementing Finnish health and social policy whose systems to promote equality in health need reinforcement.⁵¹

CHAPTER 4: New Zealand

4.1 Main Findings

- The New Zealand Health Strategy adopted in 2000 explicitly addresses health disparities and the health of the entire population, but its implementation is limited in its scope to actions taken by the health sector.
- Special attention is being paid to Maori populations, with particular strategies and action plans incorporating a population health approach.
- Restructuring has placed increased responsibility for the health of the population and the power to identify health priorities on regional bodies – District Health Boards (DHBs). DHBs are required under legislation to report to the Minister of Health on the implementation of the Health Strategy and progress toward health targets.
- The Public Health Advisory Committee is actively promoting the pursuit of a population health agenda beyond the health sector, primarily through the use of Health Impact Assessments (HIAs).
- Amendments to the public health legislation were tabled in Parliament in late 2007 to encourage the use of HIA across government departments and agencies.

4.2 Government Responsibility

New Zealand is a constitutional monarchy, a unitary state with a parliamentary system of government. Its single legislative body is the 120 seat House of Representatives, commonly referred to as Parliament. There are two branches of government: national and

⁵⁰ Teroka project, <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=71&Itemid=102>.

⁵¹ Hannele Palosuo, *Reducing Inequalities in Health in Finland*, Finnish Institute of Occupational Health, 4 June 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/HOPE_HP_040607.pdf.

local. Local governments are independent but subordinate to the national government. They act primarily through three types of institutions: regional councils, territorial local authorities, and district health boards, institutions created by the authority of the national government, with powers conferred by Parliament. While local authorities raise much of their own funding, the national government subsidizes some targeted activities (principally health services and road construction and maintenance).

- The **national government** is responsible for legislation, national policies and activities in areas relevant to population health, such as education and training, employment, tax, fiscal and economic policy, and social welfare and services. While national health policy is set by Parliament, much of health service delivery and some flexibility in the means and focus of that delivery have been devolved to District Health Boards.
- New Zealand has sixteen **regional councils** (and one territory), most covering several cities or districts. They have responsibility for issues related to the environment and public transport, including: resource management policy and permits for the use and development of natural and physical resources; land, air and water discharges and water allocation; pest management and policy aspects of biosecurity; flood control; regional emergency management and civil defence; regional land transport planning and coordination; regional hazardous waste disposal; and harbour administration.
- There are 76 **territorial local authorities** with city (mainly urban) or district (rural or combined rural and urban) councils. City and district councils provide a wide range of services related to community well-being and development, notably infrastructure (roads, transport, sewerage, water and storm water); recreational and cultural activities (such as public libraries); and environmental health and safety (including building control, emergency management, civil defence and environmental health matters).⁵²
- New Zealand's health care sector was restructured four times between 1989 and 2001, ultimately leading to the creation of twenty-one **District Health Boards** (DHBs). The statutory objectives of DHBs include improving, promoting and protecting the health of communities, promoting the integration of health services, especially primary and secondary care services, and ensuring effective care and support of those sick or disabled. They are responsible for providing directly or funding the provision of health and disability services in their districts.

4.3 Development and Implementation of Population Health Policy

New Zealand has developed its population health policy through a series of steps beginning in 1989 when the national government first established a set of 10 health goals – dealing with risk factors (smoking, alcohol use and hypertension), disease (ischaemic heart

⁵² John Wilson, "Government and Nation," *Te Ara – the Encyclopedia of New Zealand*, updated 26 September 2006, <http://www.TeAra.govt.nz/NewZealandInBrief/GovernmentAndNation/en>

disease, stroke, cervical cancer and melanoma) and unintentional injury – and agreed to report on progress toward meeting set targets on a regular basis.⁵³

In 1994, the national government endorsed *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health*, its first policy statement based on a population health approach. This document identified 56 health targets.⁵⁴ Three years later the government released another report stressing the importance of continuing the 1994 population health policy by consolidating and building on programs already initiated. This report acknowledged that population health initiatives constitute long term exercises, particularly in terms of changing attitudes and behaviours affecting the underlying determinants of health.⁵⁵

In 1994, the New Zealand government endorsed *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health*, its first policy statement based on a population health approach. This document identified 56 health targets.

In 1998, the National Health Committee, an advisory body to the Minister of Health, released a paper that documented health determinants and health disparities in New Zealand and recommended additional government action.⁵⁶ The main findings of the paper were that:

- Social, cultural and economic factors are the main determinants of health;
- There are persisting health inequalities that result from different socio-economic conditions; some evidence suggests these disparities may be worsening in New Zealand;
- There are good reasons to intervene to reduce socio-economic disparities in health;
- There is evidence that specific interventions can reduce these inequalities;
- The Minister of Health can play a leadership role in initiating policies to reduce health disparities;
- The Minister of Health can require health impact assessments when changes in macroeconomic and social policies are proposed and made and can

⁵³ Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, A report to NHS Health Scotland, September 2003. <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>

⁵⁴ New Zealand Public Health Commission, *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health: The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health 1993-1994*, 1994.

⁵⁵ New Zealand Ministry of Health, *Strengthening Public Health Action: the Strategic Direction to Improve, Promote and Protect Public Health*, Wellington, 1997.

⁵⁶ New Zealand National Health Committee (National Advisory Committee on Health and Disability), *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*, Wellington, June 1998. <http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/0/BC21C8CFF2D8D5DFCC2572AC0916BBC7>

collaborate with other ministers in implementing broad population health policy.

In 1999, the Ministry of Health published a comprehensive report on social inequalities in health, with a focus on Maori and Pacific peoples.⁵⁷ A year later, Parliament adopted the *New Zealand Public Health and Disability Act*.⁵⁸ One of its objectives was particularly relevant to population health, its goal “to achieve the best health and disability support outcomes for New Zealanders and reduce disparities between population groups”. The Act also established the District Health Boards (DHBs) and requires them to adopt a population health focus as they fund or provide services (including prevention, early intervention, treatment and support services) for their geographically defined populations. The Department of Health also developed toolkits of evidence of best practices to guide DHBs.⁵⁹ The Act also directed the national government to develop a New Zealand Health Strategy and a New Zealand Disability Strategy and to table an annual report to Parliament on progress on their implementation.

The national government released *The New Zealand Health Strategy* at the end of 2000⁶⁰ revising the government’s population health policy and setting 10 new goals and 61 specific objectives related to: 1) a healthy social environment; 2) reducing inequalities in health status; 3) Maori development in health; 4) a healthy physical environment; 5) healthy communities, families and individuals; 6) healthy lifestyles; 7) better mental health; 8) better physical health; 9) injury prevention; and 10) accessible and appropriate health care. Of the 61 objectives, 13 “population health objectives” were chosen for implementation over the short to medium term:

- reducing smoking
- improving nutrition
- reducing obesity
- increasing the level of physical activity
- reducing the rate of suicides and suicide attempts
- minimising harm caused by alcohol and illicit and other drug use to individuals and the community
- reducing the incidence and impact of cancer
- reducing the incidence and impact of cardiovascular disease

⁵⁷ New Zealand Ministry of Health, *Social Inequalities in Health, New Zealand 1999*, Wellington, September 2000. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/19ba80e00757b8804e256673001d17d0-65b8566b2ac1a9684e2569660079de90?OpenDocument>

⁵⁸ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, December 2000. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/82f1780aa066f8d7ce2570bb006b5d1d1-65b72e8749e40e74e2569620000b7ce?OpenDocument>

⁵⁹ New Zealand Ministry of Health, *New Zealand Health Strategy – DHB Toolkits*, available at <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/Default.htm>

⁶⁰ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, Wellington, December 2000. <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>

- reducing the incidence and impact of diabetes
- improving oral health
- reducing violence in interpersonal relationships, families, schools and communities
- improving the health status of people with severe mental illness
- ensuring access to appropriate child health care services including well child and family health care and immunization.⁶¹

The Strategy provided a framework for the health sector to improve the overall health of New Zealanders and to reduce inequalities amongst New Zealanders, with a focus on Maori, Pacific peoples and low-income New Zealanders. In particular, it led to the implementation of the *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy* and the *Pacific Health Action Plan*.⁶²

Perhaps more importantly, the *New Zealand Public Health and Disability Act* of 2000 also led to the creation of a Public Health Advisory Committee (PHAC). Reporting to the Minister of Health through the National Health Committee, the Committee's role is to provide independent advice on the factors influencing the health of people and communities and on the promotion and monitoring of population health. In the years following its creation, PHAC has become a strong advocate of a whole-of-government approach to population health, with particular emphasis on reducing health inequalities, improving Māori health, and fostering intersectoral collaboration.

In 2001, the national government launched *The New Zealand Disability Strategy*⁶³ involving inter-departmental action which promotes a more inclusive society. Its framework requires that government departments and agencies give consideration to disability issues in all Cabinet papers and policy development. Key departments and agencies must report annually on their progress in implementing the *New Zealand Disability Strategy*.⁶⁴

⁶¹ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, December 2000. <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>

⁶² New Zealand Ministry of Health, *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy*, Wellington, November 2002. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/8221e7d1e52c9d2ccc256a37007467df?OpenDocument>; New Zealand Ministry of Health, *The Pacific Health and Disability Action Plan*, Wellington, February 2002. <http://www.moh.govt.nz/publications/pacificactionplan>

⁶³ New Zealand Ministry of Disability Issues, *The New Zealand Disability Strategy: Making a World of Difference*, Wellington, April 2001. <http://www.odi.govt.nz/publications/nzds/index.html>

⁶⁴ New Zealand Office for Disability Issues, *Work Plan 2007-2008 and Report on Progress 2006-2007*. <http://www.odi.govt.nz/nzds/work-plans/2007/index.html>

A year later, the national government released *Reducing Inequalities in Health*. This report set out a framework and enunciated principles to be used at the national, regional and local levels by policy-makers, as well as by service providers and community groups when taking action to reduce inequalities in health.⁶⁵ The report was directed specifically to the

A year later, the national government released *Reducing Inequalities in Health*. This report set out a framework and enunciated principles to be used at the national, regional and local levels by policy-makers, as well as by service providers and community groups when taking action to reduce inequalities in health.

health/disability sector; however, it highlighted the importance of factors outside the direct control of that sector in affecting the health of the population. In particular, it noted that the Treasury, social welfare, education, housing and labour market sectors, in addition to local governments, could contribute significantly to the task of reducing inequalities in health. The framework targeted four approaches:

- **Structural:** initiatives attacking the root causes of health inequalities, that is the social, economic, cultural and historical factors fundamental to the determination of health. These include, for example, equitable access to education, labour markets, housing, and other social services.
- **Intermediary pathways:** targeting material, psychosocial and behavioural factors that mediate the impact of structural factors on health. Providing access to material resources, promoting healthy lifestyles, enhancing the physical and social environments are examples of approaches in this category (public housing, healthy cities, workplace interventions, community development programs, transportation policies and health protection).
- **Impact:** minimizing the impact of illness and disability through, for example, income support, disability allowances, accident compensation and antidiscrimination legislation.
- **Equitable access to health and disability services.**

In 2003, the national government released *Achieving Health for all People*, a detailed population health framework for the New Zealand Health Strategy.⁶⁶ It described areas for action by the Ministry of Health, other government and national policy-making agencies, DHBs, regional councils, educational institutions, non-governmental organizations, etc., under five broad objectives:

- Strengthen population health leadership at all levels and across all sectors;
- Encourage effective population health through public health services and action across the whole of the health sector;

⁶⁵ New Zealand Ministry of Health. *Reducing Inequalities in Health*, Wellington, September 2002.

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/Doc6005dc337c7bd44c2566a40079ae6872a07110ddc0002067206c550003938b?OpenDocument>

⁶⁶ New Zealand Ministry of Health, *Achieving Health for all People : A Framework for Public Health Action for the New Zealand Health Strategy*, Wellington, October 2003. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/2733?Open>

- Build healthy communities and healthy environments;
- Make better use of research and evaluation in developing population health policy and practice;
- Achieve measurable progress on population health outcomes.

In 2004, the PHAC released *A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health*⁶⁷ that presented evidence of wide disparities in health among the people of New Zealand. It noted that policy interventions to address disparities in health are more likely to be successful if they focus on the socio-economic health gradient and employ a range of strategies with a mix of universal and targeted approaches. Moreover, it pointed out that intersectoral collaboration is essential to address the fundamental determinants of ill-health, the effectiveness of which must be assessed routinely through Health Impact Assessments (HIA). Accordingly, it recommended a whole-of-government approach to coordinating and monitoring policy aimed at the reduction in health disparities, beginning with reduction of child poverty.

In 2006, PHAC reported again to the Minister of Health – *Health is Everyone's Business*.⁶⁸ It recommended again a whole-of-government approach to improving the health of New Zealanders, stating that central and local government agencies must accept responsibility for the health-related outcomes of their actions. It also recommended the use of HIAs and the development of intersectoral mechanisms to coordinate collaborative action effectively at the national, regional and local levels.

The PHAC also emphasized that HIAs provide a way of systematically embedding consideration of the impacts of public policies on health and health inequalities into the routines of policy development across sectors. It recommended that the HIA process be formally recognized in public health legislation.^{69 70} The national government responded favourably to this recommendation in 2007 with the *Public Health Bill* which introduces into the public health legislation provisions relating to the use of health impact

⁶⁷ Public Health Advisory Committee, *The Health of People and Communities – A Way Forward : Public Policy and the Economic Determinants of Health*, Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, October 2004. <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-public-policy-economic-determinants?Open>

⁶⁸ Public Health Advisory Committee, *Health is Everyone's Business – Working Together for Health and Wellbeing*, Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, June 2006. <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-health-is-everyones-business?Open>

⁶⁹ Public Health Advisory Committee, *Health Impact Assessment – A Report on the Work of the Public Health Advisory Committee*, Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, August 2006. <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-hia-advice-to-minister>

⁷⁰ It is interesting to note that PHAC prepared a guide to HIA in 2004 and released a companion document in 2007: *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*, 2nd Edition, Wellington, June 2005, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd; An Idea Whose Time Has Come – New Opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand Public Policy and Planning>, Wellington, February 2007, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-idea-whose-time-has-come>

assessments, provisions that are not mandatory but enabling, encouraging the use of HIA in the development of new policy proposals and/or in decision-making processes.⁷¹

4.4 Monitoring and Evaluation

Health status indicators and health inequalities are well documented in New Zealand. The Director-General of Health and the Minister report annually to Parliament, the former on the state of the nation's health and the Minister on progress toward implementing the *New Zealand Health Strategy*. These annual reports are based, to some extent, on information provided by DHBs as part of their standard reporting requirements on health targets.⁷²

Health status indicators and health inequalities are well documented in New Zealand.

The Minister for Disability Issues is also required to report annually to Parliament on the implementation of the *New Zealand Disability Strategy*. In 2006-2007, a total of 41 government departments and agencies participated in the reporting process.⁷³

In addition, the Minister responsible for Social Development and Employment publishes annually *The Social Report*. This presents a series of indicators of social and economic well-being covering 10 domains relevant to population health: health; knowledge and skills; paid work; economic standard of living; civil and political rights; cultural identity; leisure and recreation; physical environment; safety; and social connectedness.⁷⁴

While some limitations in current data collection methods and the quality of the available data on health and social well-being, are acknowledged, the data clearly demonstrate health inequalities in the following dimensions: socioeconomic position; ethnic identity; geographic place of residence; and gender.⁷⁵ On this basis, over the years PHAC has continued to advocate a broad population health approach, one that extends well beyond the role of the health sector to encompass all key government departments and agencies.

⁷¹ New Zealand Ministry of Health, *Summary of the Public Health Bill*, December 2007. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/summary-public-health-bill>

⁷² Since the establishment of the *New Zealand Health Strategy*, the Minister of Health has tabled 6 reports to Parliament. These are available at <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/implementing-nz-health-strategy>

⁷³ The annual reports on implementation progress are prepared by the New Zealand Office of Disability Issues and are available at <http://www.odl.govt.nz/nzds/progress-reports/>.

⁷⁴ New Zealand Ministry of Social Development, *The Social Report 2007*. Wellington, 2007. <http://www.socialreport.msd.govt.nz/>

⁷⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*.

5.1 Main Findings

- Norway is a healthy nation with a long standing tradition as a comprehensive welfare state. Its international ranking for life expectancy has slipped, however, in recent years, a decline attributed to insufficient progress made to improve lifestyle choices (e.g. tobacco use, nutrition and physical activity).
- Initially, population health initiatives focussed on quality of life, placing the primary responsibility on individuals to improve their health status. Later a policy shift resulted in more balance between the personal responsibility of the individual for health and the community's role in making health-related choices easier and more attractive. Moreover, it is only recently that disparities in health have been addressed explicitly; previously the focus was on reducing poverty within vulnerable groups.
- In 2007, the Norwegian government tabled in Parliament a *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*, a White Paper considered as the health-related part of a broad governmental effort to promote greater equity in health. Its focus is on education, work and income and the department of health has overall responsibility for its implementation.
- The White Paper, along with other policies on *Work, Welfare and Inclusion*, the *Action Plan to Combat Poverty*, and *Early Intervention for Lifelong Learning*, constitute a comprehensive policy framework to improve the health of Norwegians and to reduce disparities. Population health is organized in a three tier system with the municipalities having the greatest role. Interdepartmental/intersectoral collaboration is an integral part of the population health approach in Norway.

•

5.2 Government Responsibility

Norway is a constitutional monarchy with a parliamentary form of government. Its Parliament, the Storting, consists of 165 representatives. There are three levels of government – national, the counties (19) and municipalities (434). Responsibility for population health is shared among all three levels. While the role of the national government is to determine broad population health policy, to prepare and oversee relevant legislation and to raise and allocate funds, the main responsibility for the provision of services and programs lies with the counties (regions) and the local municipalities.

- The **national government** is responsible for social insurance, social services and supports, specialized health services, specialized social services (institutions for child welfare and for drug/alcohol abuse), higher education/universities, labour market, refugees and immigrants, national road network, railways, agriculture, environment, justice, armed forces, and foreign policy.

- The **county authorities'** responsibilities include: dental care, secondary education, regional development, energy delivery, county roads and public transport, regional planning, business development, communications, and culture (museums, libraries, sports).
- The **municipalities** are responsible for health promotion, primary health care, care of the elderly, care of people with disabilities (including mental disabilities), nurseries/kindergartens, primary school education, social services (child welfare, social protection, drug/alcohol rehabilitation), water, local culture, local planning (land use) and infrastructure (local roads and harbours).⁷⁶

Municipalities raise most of their revenues from personal and corporate income and property taxes (43%). They can also charge user fees for their services. Counties can collect only income tax (which generates 42% of their revenues). The right of municipalities and counties to levy taxes is limited by maximum rates set annually by the Storting (currently, the rate is 13.2% for municipalities and 2.6% for counties). Both the municipalities and the counties receive general grants and specific grants from the national government. Transfers from the national government account for 34% and 47% of counties' and municipalities' revenues respectively.⁷⁷

5.3 Development of Population Health Policy

In 2007, the government tabled in the Storting a White Paper entitled *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*.⁷⁸ This document proposes an innovative ten-year plan to develop a national, cross-sectoral holistic approach to population health, the culmination of a commitment to improve the health of the population initiated some 20 years ago.

In 2007, the government tabled in the Storting a White Paper entitled National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. This document proposes an innovative ten-year plan to develop a national, cross-sectoral holistic approach to population health, the culmination of a commitment to improve the health of the population initiated some 20 years ago.

In 1985, the Norwegian government endorsed the principles of the World Health Organization's Targets for Health for All and in 1987 published Health for All in Norway setting out 38 targets relating to lifestyle, health care and the environment. The same year, the government tabled a White Paper entitled *Health Policy Towards the Year 2000* that highlighted preventative health care as an important emerging field. This was followed in

⁷⁶ Ministry of Local Government and Regional Development, *Local Government in Norway*, Information Brochure, March 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/krd/documents/handbooks/2004/Information-brochure-Local-government-in.html?id=88088>.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*, Report No. 20 (2006-2007) to the Storting, 9 February 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505&epslanguage=EN-GB>

1991 by *More Good Years for All* which again emphasized the prevention of disease and injury. A White Paper, *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, was published subsequently (1993) highlighting the importance of intersectoral action in population health, health promotion and disease prevention. The focus was on psychosocial problems, musculo-skeletal disorders, accidents and injuries, asthma, allergies, and indoor environmental disease.⁷⁹ In 1997, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work* was tabled in the Storting.⁸⁰ This report promoted a municipal approach and made clear the responsibility of local authorities for population health.

In 2003, the national government released another White Paper entitled *Prescriptions for a Healthier Norway*.⁸¹ The objective of the proposed policy was twofold: to improve healthy life expectancy for the population as a whole and to reduce health disparities among social classes, ethnic groups and genders. It identified four “prescriptions”: 1) make it easier for people to take responsibility for their own health; 2) build partnerships between the national government, county councils, municipalities, private voluntary organizations, universities, colleges, etc., to promote population health; 3) enhance prevention of disease and injury; and 4) increase new knowledge through research and the conduct of health impact assessments. Five specific areas of focus were highlighted: physical activity, nutrition, smoking, alcohol/drugs, and mental health.

Two years later, the government published its *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*.⁸² This was the first stage in an effort to prepare the ground for a national, cross-sectoral strategy to reduce disparities in health. It pointed out that improving the health of the population and ensuring that good health is more equitably distributed requires broad-based, population-oriented strategies, stating plainly that it is not sufficient to base efforts on a high risk strategy that only meets the needs of the poorest people.

In 2005, the government published its Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient. This was the first stage in an effort to prepare the ground for a national, cross-sectoral strategy to reduce disparities in health. It pointed out that improving the health of the population and ensuring that good health is more equitably distributed requires broad-based, population-oriented strategies, stating plainly that it is not sufficient to base efforts on a high risk strategy that only meets the needs of the poorest people.

⁷⁹ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, September 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁸⁰ Siri Petrine Hole, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work*, Short Version of NOU 1998: 18 (I-0949 E), Ministry of Health and Care Services, Norway, May 1997, http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/rapporter_planer/rapporter/2000/Use-for-Everyone/1.html?id=420063.

⁸¹ Ministry of Social Affairs, *Prescriptions for a Healthier Norway – A Broad Policy for Public Health*, Norwegian Government, 2003.

⁸² Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *The Challenge of the Gradient – Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health*, June 2006, http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/the_challenge_of_the_gradient_19679

This was followed in 2007 with the *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*. The current White Paper deals with the health-related component of a broad governmental effort aimed at greater equity in health with a focus on education, occupation and income. Four areas claim priority:

- reduce the social inequalities that contribute to inequalities in health (e.g., early childhood development, fair income distribution and equal opportunities for education and work). The government intends, for example, to monitor trends in income inequality and ensure a fairer distribution of income while maintaining the same aggregate in taxes and duties.
- reduce social inequalities in health behaviour (diet, physical activity, smoking, and other health behaviours) and the use of health services. Examples of initiatives include: health information and awareness campaigns, fresh fruits and vegetables and daily physical activity in schools, regulating advertising of unhealthy foods, ban smoking in bars, cafés and restaurants, restrictive alcohol policies, taxing unhealthy foods (sweet drinks), while de-taxing healthy foods (bottled water and juice), and reduced user charges for health services.
- implement targeted initiatives to promote social inclusion (to eliminate homelessness, enable more people to work, reduce the number of adults who leave school with poor basic skills, etc.).
- develop knowledge and cross-sectoral assessment tools. The government will monitor developments in the four priority areas by means of a new review and reporting system that provides a systematic, regularly updated overview of progress toward the reduction of social inequalities in health.

Other elements of the government's comprehensive strategy were enunciated in a series of reports to the Storting including: *Work, Welfare and Inclusion*,⁸³ *Action Plan to Combat Poverty*,⁸⁴ and *Early Intervention for Lifelong Learning*.

5.4 Implementation and Monitoring

The Ministry of Health has overall responsibility for the *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*. Responsibility for monitoring and reporting annually on population health indicators has been given to the Norwegian Institute of Public Health while the Research Council of Norway has the mandate of strengthening research in population health. Many other government departments are involved in this comprehensive approach to population health, including the Ministry of Children and

⁸³ Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, *Work, Welfare and Inclusion*, Report to the Storting No. 9 (2006–2007), November 2006, http://www.regjeringen.no/Uplod/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf.

⁸⁴ Ministry of Foreign Affairs, *Norway's Action Plan 2015 for Combating Poverty in the South – Executive Summary*, March 2002.

Family Affairs, the Ministry of Education, Research and Church Affairs, the Ministry of Transport and Communication.

Municipalities and counties, through their delivery of numerous programs and services, are key players under the new policy. The national government awards matching grants to those counties and municipalities that form partnerships to conduct their population health work and that imbed population health firmly in their planning systems.

CHAPTER 6: Sweden

6.1 Main Findings

- Sweden has a comprehensive, “whole-of-government” approach to population health. Its population health policy is enshrined in legislation – the *Public Health Objectives Act* of 2003 – Sweden’s first formal population health policy statement and one of the world’s first explicit strategies employing a determinants of health approach.
- The Act enumerates 11 objectives for population health and sets specific, measurable targets for each one. Meeting these 11 objectives involve some 50 government departments and agencies.
- The Act does not require government to restructure departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among them to improve population health and reduce health disparities.
- The Minister for Public Health and Social Services heads a special national population health executive established to facilitate intersectoral collaboration.
- The Swedish National Institute of Public Health is required to monitor and report every four years on progress made toward the 11 objectives.
- It is too early to assess the impact of the Act of 2003, but clearly, it reflects a strong commitment, at the highest political levels, to an equity-oriented, intersectoral approach to population health.

6.2 Government Responsibility

Sweden is a constitutional monarchy. The chief of state and prime minister is elected by the Riksdag, the Swedish Parliament. Although Sweden has a unitary political system, it also is, in practice, highly decentralized – so much so that it resembles a federal system in many ways. As in Canada, population health in Sweden is a shared responsibility between the national and sub-national governments which, in Sweden, are 21 county councils and 290 municipalities. While the national government provides strong

national leadership and priority setting through legislation and regulations, county councils and municipalities play a strong role in the delivery of programs and services.

- The **national government** is responsible for public policy matters and legislation related to population health, including: health care and social affairs; income support; education; research; culture; agriculture; food and consumer affairs; employment; communications; sustainable development; and justice (including integration and gender equality).⁸⁵ In addition, the national government transfers funds to the county councils and municipalities to support population health. Some of these transfers are intended for general use, while others are for purposes specified by the national government.
- The **county councils** have full responsibility, subject to national legislation, for the management and delivery of programs and services to their residents. Key responsibilities include: primary care, hospital care, prescription drugs, dental care; public health, health promotion; disease prevention; public transport (in cooperation with municipalities); regional development; support for industry and commerce; culture; and tourism. County councils generate some 70% of their revenue from taxation applied to their residents; the remaining 30% is obtained through transfer payments from the national government and from fees charged for services and programs. County councils are made up of members elected every four years and constitute the most authoritative regional decision-making bodies; they administer matters that are too costly for the municipalities. The national government scrutinizes and supports the work of county councils through a system of supervisory authorities.⁸⁶
- **Municipalities** are responsible for governing and managing matters at a local level including: pre-schools, elementary and secondary schools; care of the elderly; assistance to disabled individuals; rescue services; water and waste; public libraries; public transport (in cooperation with county councils). They also grant various types of licences, such as planning permission or licences to sell alcohol on premises. In addition, they play an active role in promoting tourism, culture and entrepreneurship. The municipal councils are the highest decision-making body at the municipal level and are made up of politicians elected every four years. Like the county councils, municipalities can levy taxes on their residents that account for around 70% of a municipality's income; the remaining 30% is national government grants or direct fee-for-service charges. As with county councils, the national government scrutinizes and supports the municipalities work through a system of supervisory authorities.⁸⁷

⁸⁵ Government of Sweden, *Facts & Figures – Swedish Government Offices: Yearbook 2006*, 20 June 2007, <http://www.sweden.gov.se/sh/d/2013/a/84433>.

⁸⁶ Swedish Administrative Development Agency, *How the Public Sector Works*, 2006, http://www.sverige.se/sverige/templates/pagelist___9954.aspx.

⁸⁷ *Ibid.*

6.3 Development of Population Health Policy

In April 2003, the Riksdag passed a government-sponsored bill, the *Public Health Objectives Act*, which established a national comprehensive policy on population health. This constituted one of the world's first formalized "whole-of-government" approach to address the determinants of health.⁸⁸ This approach had been developed step by step over the previous 20 years.

In April 2003, the Swedish Parliament passed a government-sponsored bill, the Public Health Objectives Act, which established a national comprehensive policy on population health. This constituted one of the world's first formalized "whole-of-government" approach to address the determinants of health.

In the early 1980s, increasing political and scientific interest developed related to observed disparities in health status and their causes. The major source of inspiration was the United Kingdom's Black Report⁸⁹, which revealed substantial inequalities in health by occupational class, employment status, gender, area of residence, ethnic origin and housing tenure. These findings led the government of Sweden to study health disparities more systematically and a cross-national comparison showed that, while health inequalities also existed in Sweden, they appeared smaller than in the United Kingdom. Moreover, the explanations behind the British disparities were not convincing in the Swedish context, given its universal welfare system, low level of poverty, high standard of housing and low unemployment rate.⁹⁰

The Swedish government was eager to learn more about the causes of these disparities and in 1987, established an advisory body – the Public Health Group – with the mandate to examine this issue. In 1991 this group devised a comprehensive strategy for population health that did not lead, however, to a political platform for implementation. The Public Health Group's recommendation did lead, however, to establishment of the National Institute of Public Health in 1992, an organization that initiated a number of activities for health promotion and disease prevention at the national, county council, and municipal levels.

⁸⁸ Taylor & Francis Health Sciences, Chapter 2: The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) – Extended Summary, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (Supplement 64), 2004, pp. 18-59, http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/supplement_2objectivebill0502.pdf.

⁸⁹ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, Chair), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980. <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

⁹⁰ Piroška Östlin and Finn Diderichsen, *Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden*, European Centre for Health Policy, World Health Organization, 2001, <http://www.who.int/hia/examples/development/whohia036/en/index.html>.

In 1997, the government appointed a National Public Health Commission with the mandate of defining national objectives on population health and strategies to achieve them. The Commission consisted of representatives of all seven political parties in Parliament and a number of scientific experts and advisers from national authorities, universities, trade unions and nongovernmental organizations.⁹¹ Its final

The National Institute of Public Health has the responsibility to monitor and report on progress made under the new population health policy. All the relevant government agencies must participate actively and assist with data collection, analysis, assessment and reporting and also pay their share of the costs.

report, *Health on Equal Terms – National Goals for Public Health*, submitted in October 2000, contained 18 health policy objectives together with specific indicators to measure success in their implementation; the National Institute of Public Health was to be given the role of monitoring progress.

In response, the government in December, 2002, tabled draft legislation covering 11 general objectives for population health, based to a large extent on those set by the National Public Health Commission. The Riksdag passed the *Public Health Objectives Act* in April 2003. Its goal was twofold: to create

The goal of the 2003 Public Health Objectives Act was twofold: to create social conditions which ensure good health for the entire population and to reduce the disparities in health among different population groups.

social conditions which ensure good health for the entire population and to reduce the disparities in health among different population groups. This reflected the view of the national government that population health is very important for social development and that efforts to improve it should be an integral part of the work done to achieve sustainable growth, good social welfare and ecological sustainability throughout Sweden.

The Act's 11 objectives are: participation and influence in society; economic and social security; secure and favourable conditions during childhood and adolescence; healthier working life; healthy and safe environments and products; health and medical care that more actively promotes good health; effective protection against communicable diseases; safe sexuality and good reproductive health; increased physical activity; good eating habits and safe food; reduced use of tobacco and alcohol, a society free from illicit drugs and doping, and reduction in the harmful effects of excessive gambling. The first six objectives relate to structural factors, conditions in society and surroundings that can be influenced by moulding public opinion and by taking political decisions on different levels. The last five concern individual lifestyles which can also be influenced by the social environment.⁹²

The Public Health Objectives Act did not require government to restructure its departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among its several programs designed to improve population health.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Swedish National Institute of Public Health, *Sweden's New Public Health Policy – National Public Health Objectives for Sweden*, 2003, http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/roll_eng.pdf.

Specific, measurable targets were established for each of the 11 objectives which involve some 50 government departments and agencies. The National Institute of Public Health monitors these national objectives and reports every fourth year on the progress toward achieving the 11 goals.

Note that these objectives were not necessarily new. In fact, several objectives well aligned with the goals of *Public Health Objectives Act* already existed in various public policy fields. When the Act was passed, it was the government's intention to adopt supplementary targets as needed. Moreover, the legislation did not require government to restructure its departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among its several programs designed to improve population health.

The Public Health Objectives Act requires that, when departments draft proposals, the consequences for population health must be taken into consideration regardless of the policy area involved. Similarly, government departments and agencies must also consider the population health consequences of their every action.

It has been argued that the factors that facilitated the development and enactment of the national population health policy in Sweden included: a history of social democratic government; a strong relationship with the labour movement; a highly developed welfare system; a call from municipalities for national goals; involvement of politicians from across the political spectrum; strong civic literacy; a highly democratic process; a political commitment to equity; a high level oversight body; intersectoral goal setting; a strong evidence base; and, a preference for collective, systemic approaches.⁹³

Relative to other comparable countries, Sweden developed the basis for a coherent national population health policy at a relatively early stage. In the longer term, the fact that the international community and other countries are now increasingly reformulating public policies based on the determinants of health will be increasingly significant and will no doubt contribute to the legitimacy of Sweden's approach.

⁹³ Public Health Agency of Canada, *Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*, 2007, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html.

6.4 Implementation of Population Health Policy

Political responsibility in Sweden for implementing its population health policy has been divided among different sectors in all levels of government, national departments and agencies, county councils and municipalities. The responsibility also extends to non-governmental organizations, trade unions and universities. It has been argued that the breadth of this approach is unique and offers a model for governing intersectoral action for population health.⁹⁴

Political responsibility in Sweden for implementing its population health policy has been divided among different sectors in all levels of government, national departments and agencies, county councils and municipalities. The responsibility also extends to non-governmental organizations, trade unions and universities. It has been argued that the breadth of this approach is unique and offers a model for governing intersectoral action for population health.

As mentioned previously, the *Public Health Objectives Act* does not require change in the distribution of responsibilities among departments and agencies with responsibilities and tasks related to the 11 objectives. It does require, however, that when departments draft proposals, the consequences for population health must be taken into consideration regardless of the policy area involved. Similarly, government departments and agencies must also consider the population health consequences of their every action. The National Institute of Public Health has the special responsibility to coordinate this work and supports the departments and agencies in their efforts.

The Act involves a large number of policy areas and, as a result, political responsibility is divided among different sectors and different levels in society. The Swedish government has acknowledged that some form of intersectoral political control should be exercised over population health policy and, to achieve this, has established a special national population health executive headed by the Minister for Public Health and Social Services. This executive, in which Ministers from other sectors also participate, oversees the ongoing implementation of population health goals that fall outside the health sector.⁹⁵

6.5 Monitoring and Evaluation of Legislation

To repeat, the National Institute of Public Health has the responsibility to monitor and report on progress made under the new population health policy. The Institute has worked in collaboration with the involved government departments and agencies, the Swedish Association of Local Authorities (representing municipalities) and the Federation of Swedish County Councils to determine which indicators and what statistics best measure the link between the determinants and their effects on the health of the population. All the relevant government agencies must participate actively and assist with data collection, analysis, assessment and reporting and also pay their share of the costs.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 22.

⁹⁵ *Ibid.*

The Institute holds meetings with government departments and agencies, while its support to the municipalities and county councils has primarily been in the form of its participation in seminars, local and regional conferences and visits to municipalities as well as in the production of knowledge reviews and reports. This support has been provided with a view to helping these regional and local bodies to develop methods to assess the health consequences of activities within their own areas of activity. The Institute has also compiled what are known as the Basic Public Health Statistics for Local Authorities (BPHS), to help the municipalities plan and monitor their work in population health. The BPHS database contains population health-related data on all municipalities and the districts of the three main Swedish cities.

The National Institute of Public Health released its first evaluation report of the Public Health Objectives Act in 2005⁹⁶ indicating that the new policy seems to have a positive impact both on the general health of the population and on health disparities among different social groups. Because it is not yet clear, however, how well the policy addresses the needs of specific groups, the Institute has identified the need for more equity-sensitive indicators on health determinants that will demonstrate the effect of the policies on different subgroups; this will be an important next step in tackling health inequalities. It will take place in collaboration with Statistics Sweden, the National Board of Welfare and Health, and the Stockholm Centre for Health Equity Studies.⁹⁷

CHAPTER 7: Comparative Analysis

7.1 Introduction

The preceding chapters have described how population health policy has been developed, implemented and evaluated in selected countries. This chapter summarizes the lessons to be learned from reviewing and comparing these countries' policies and incorporating information gathered from the literature.⁹⁸

⁹⁶ Swedish National Institute of Public Health, *The 2005 Public Health Policy Report – Summary*, October 2005, <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhrsummary0511.pdf>.

⁹⁷ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire and Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, European Commission, May 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715e480d6449302b63587&id=Seite872>.

⁹⁸ More precisely, the literature reviewed include the following documents:

- Caroline Costongs, Sara Bensaude De Castro Freire and Simone Weyers, *Taking Action on Health Equity – Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities*, The European Commission, May 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e786a37d3bb9fffc3aa378b481aaa3a&id=Seite872>
- Ken Judge, Stephen Platt, Caroline Costongs and Kasia Jurczak, *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, European Commission, October 2005, http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=137
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliot and Hilary Wallace, *Policies to Reduce Inequalities in Health in 13 Countries*, Report no. 3: Review Group on International Public Health Policy, Scotland, March 2005, <http://www.healthscotland.com/documents/1094.aspx>

7.2 Shift in Public Policy Thinking and Action

Publication of the Black Report (1980) and the WHO Target for Health for All (1981), landmark documents, signalled a shift in the way public policymakers thought about and took action related to health. This shift took the concept of health beyond the treatment of disease to the prevention of illness and ultimately to what we now know as “population health”. Today, it is commonly recognized that health is influenced by a wide range of social, economic and environmental factors and that significant disparities in health are avoidable and as such, are unjust and unacceptable. Recent improvements in health have tended not to be equally distributed throughout the population; countries have identified increases in those disparities and worry that the gap between the most advantaged and the most deprived among their populations may widen even further as trends in the underlying socio-economic determinants of health continue.

Therefore strategies focusing on health disparities have been developed in a number of countries; England, Finland and New Zealand provide examples. But there have been substantial lags between the initial documentation of health disparities, the formulation of national policies to reduce them, and progress toward their reduction. Experts in the field argue that it is time to move from describing the problem to implementing effective, systematic strategies and interventions to reduce health disparities.

There have been substantial lags between the initial documentation of health disparities, the formulation of national policies to reduce them, and progress toward their reduction. Experts in the field argue that it is time to move from describing the problem to implementing effective, systematic strategies and interventions to reduce health disparities.

Experts agree that there is no single right way to address health determinants and reduce health disparities. Although the governments of all the countries profiled subscribe to the equity principles and values underpinning health and express their intention to foster population health and reduce health disparities within their jurisdiction, they differ in their approaches to the problem. Each country’s approach to population health depends on the historical development and current alignment of its political, economic, administrative and social structures, all of which affect both the kind

Recent improvements in health have tended not to be equally distributed throughout the population; countries have identified increases in those disparities and worry that the gap between the most advantaged and the most deprived among their populations may widen even further as trends in the underlying socio-economic determinants of health continue.

- Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences*, World Health Organization, March 2005. http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/
- Iain L. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/social_determinants/resources/en/
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, A report to NHS Health Scotland, September 2003. <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>

and the scope of actions that can be taken. Therefore, the most effective policies and strategies differ from one jurisdiction to the other.

7.3 Goals, Objectives and Targets

Health goals, objectives and targets are essential components of population health policies. A set of goals, objectives and targets provides a useful framework to determine what data to collect, which indicators to measure, establish benchmarks, identify the areas on which to focus attention, and to monitor progress. Each country will differ, however, in the specification and number of goals, objectives and targets used.

In the countries we have profiled, some goals and targets focus on specific health outcomes dealing with, for example, mortality, morbidity and particular symptoms and/or conditions. The relative availability of relevant data and their obvious association with health make their choice straightforward. Other goals and targets selected deal with healthy behaviours or healthy environments, while a few focus on social supports, all of which require thinking beyond the superficial to understand fully their impact on health, both of individuals and of the population. As for disparities in health status, only few countries, like England and Sweden, have set targets aimed at reducing such disparities in specified geographical locations, or across employment status, gender, or ethnic lines.

The health status of Aboriginal populations tends to be markedly worse than the rest of the population. Australia and New Zealand pay specific attention to the health of Aboriginal peoples. New Zealand's Maori Health Strategy, for example, seeks to reduce health disparities between Maori and non-Maori peoples by taking a comprehensive approach to improving the determinants of health and addressing systemic barriers that discriminate against Aboriginals.

7.4 Monitoring, Evaluation and Research

A challenge all countries face is the shortage of evidence on the effectiveness of interventions to reduce disparities in health. In recognition, several governments have established national research programs; national institutes of public health monitor and report on population health in Norway, Sweden and Finland. Experts agree that it is essential to monitor and evaluate policies and strategies on a continual basis in order to generate evidence relating to the effectiveness of different approaches to reducing health disparities and enhance the health of the population.

Only a few countries, like England and Sweden, have set targets aimed at reducing health disparities in specified geographical locations, or across employment status, gender, or ethnic lines.

7.5 Role of the Health Sector and Others

The health sector has a crucial leadership role to play in recruiting and working in partnership with other actors from other sectors responsible for policies and programs with direct or indirect impacts on population health and health disparities.

The backing of finance departments is of particular importance to ensuring not only that adequate funds are available to support the implementation of strategies, but also in ensuring the compliance of other government departments with any health-based initiatives. When a Health Department seeks changes in other departments' policies or programs in order to improve health outcomes, resistance to "health imperialism" is frequently encountered. But when a central agency like Finance is taking the lead genuine cooperation is more easily forthcoming. In England, the role of the Treasury and its use of a cross-cutting spending review was seen as key to the implementation across government agencies and departments of policies to reduce health disparities.

The backing of finance departments is of particular importance to ensuring not only that adequate funds are available to support the implementation of strategies, but also in ensuring the compliance of other government departments with any health-based initiatives. In England, the role of the Treasury and its use of a cross-cutting spending review was seen as key to the implementation across government agencies and departments of policies to reduce health disparities.

cooperation is more easily forthcoming. In England, the role of the Treasury and its use of a cross-cutting spending review was seen as key to the implementation across government agencies and departments of policies to reduce health disparities.

7.6 Health Impact Assessment (HIA)

HIA practice is well developed in many of the countries covered in this review. HIAs are performed for a variety of reasons, including for example, addressing both the determinants of and inequalities in health, assessing the role that non-health sector policies have in promoting and protecting good health, and ensuring that health-related considerations are built into government-wide policy making. In some countries, like Sweden and New Zealand, public health legislation has been employed to embed HIA as an integral component of government processes. The UK government has often indicated its support of HIA, but to date there is no statutory requirement to apply HIA in England.

HIAs are performed for a variety of reasons, including for example, addressing both the determinants of and inequalities in health, assessing the role that non-health sector policies have in promoting and protecting good health, and ensuring that health-related considerations are built into government-wide policy making.

Our review suggests that HIA is facilitated when assistance in data collection, analysis and assessment is provided to national departments and agencies, local governments and organizations. The increasing demand for support in carrying out HIAs by other sectors, however, has created a need for skills development within health units to

enable them to respond effectively; lack of capacity and resources is frequently cited as a barrier to undertaking HIAs.

7.7 Regionalization

Some jurisdictions, like England, New Zealand and Sweden, have devolved the primary responsibility to reduce health inequalities to regional and local authorities, often putting them in charge of developing and implementing action plans to reduce health disparities. National standards and strategies are needed, however, to complement planning and program implementation at the regional and local levels and to provide authorities and stakeholders at all levels with the support needed to develop their capacities to address health inequalities in an effective and sustained manner.

7.8 Intersectoral Approach

A broadly recognized challenge for the development and implementation of population health policy is the active involvement of all relevant government departments. Ideally, a broad inter-departmental approach should be made simultaneously in a coordinated fashion to ensure that policy

A broadly recognized challenge for the development and implementation of population health policy is the active involvement of all relevant government departments. Ideally, a broad inter-departmental approach should be made simultaneously in a coordinated fashion to ensure that policy initiatives are implemented concurrently and act synergistically where and whenever possible.

initiatives are implemented concurrently and act synergistically where and whenever possible. This may sound self-evident and simple to do, but practically it is logistically difficult. With the notable exceptions of England (Cabinet Subcommittee) and Sweden (National Executive for Public Health) very few successful mechanisms to achieve interdepartmental coordination have been invented.

Intersectoral collaboration is further complicated in federal systems such as those in Australia and Canada, where different levels of government share closely interdependent but different responsibilities for the health of the population. Devolving responsibilities to regional or local authorities, as in Finland, where municipalities deliver social welfare, health care, education and cultural programming, compounds the challenge. Mechanisms for the effective coordination of intersectoral action at the local authority and community level have yet to be developed.

Another challenge for population health policy is to mobilize, in addition to government departments, the wide range of actors who have a direct influence on the lives and health of people in their widely differing circumstances – those in schools, the primary health care, the voluntary sector, anti-poverty groups, NGO's, employers, etc.; it is a long list. An inclusive policy development process helped ensure that opposition parties, the public and other stakeholders took ownership of Sweden's new approach through its research, consultation and implementation stages.

7.9 Government Intervention

Three different approaches have been taken by governments when tackling health disparities. The first is a comprehensive or “whole-of-government” policy as adopted in England. This addresses both the upstream determinants of health (e.g., income, education and employment) and those downstream (e.g. nutrition, exercise and smoking), while also targeting specific groups (defined by age, gender, income level and ethnicity). A high-level Cabinet committee oversees the implementation of population health policy and ministerial funding allocation formulas determine the allocation of resources among the various programs that focus on reducing health disparities.

In the second approach, population health policy emanates from the health department as in Finland, New Zealand, Norway and Sweden, where there are also separate policies on poverty, social inclusion and social justice, all of which relate directly to underlying causes of poor health (low income and unemployment, housing and homelessness, and social exclusion). Experts acknowledge that there is a need to integrate policies in all these areas. Unfortunately, the link between population health policy and poverty and social inclusion/justice policy is not as widely recognized as it should be.

In the third government approach, various interventions are implemented independently to reduce improve population health and reduce health disparities; there is no over-arching action plan. In this case, as in Australia, population health strategies, addressing disparities in health for specific topics (such as smoking and nutrition) or specific groups in society (such as the most disadvantaged), are implemented in many departments but with little or no coordination.

Although experts acknowledge that there is no single right way to reduce health disparities, they all agree that the more focused and integrated a pan-government strategy for action, the greater the probability that health outcomes will change in the desired direction. They also believe that policies to reduce health disparities and their implementation are likely to be more successful when coordinated strategically – in accordance with a clear action plan focused on specific targets within realistic timeframes which can be implemented and monitored

7.10 Concluding Remarks

As shown with this review, population health policy in several countries to which Canada is often compared is in an active stage of development. Potentially, this offers us very valuable evidence-based information on public policy. It also suggests that there is momentum upon which to build to develop and implement made-in-Canada approaches to population health. A number of barriers and challenges must, however, be overcome.

There is momentum upon which to build to develop and implement made-in-Canada approaches to population health.

A major difficulty affecting the implementation of population health policy is that responsibility for health is divided among governments, in our case between the federal government, the provincial and territorial governments, and municipal governments, as well as a myriad of private stakeholders, all of whom carry different levels of responsibility for some of the many and varied determinants of health. This requires the establishment of effective interdepartmental, intergovernmental and intersectoral mechanisms that to date have eluded discovery in Canada.

Political and societal commitment to tackling health disparities is essential. The broad public must perceive health disparities as a serious, even desperate problem and finding solutions to it must become imperative to politicians. It is important to use clear, easily understandable language to raise awareness and understanding in the public and to convince all relevant stakeholders of the need to address health disparities as the first significant step on the road to optimizing the health of the population.

Another challenge lies in the fact that interventions over the long-term are needed before changes in many of the fundamental determinants – education, early childhood education, income supports, public housing, etc. – before measurable improvements in health and reduction in health disparities take place. The timelines extend well beyond the political horizons of even the most far-sighted of governments. It is difficult to reorganize or reformulate population health policy in successive governments. Political consensus is crucial to the development of long-term policies and strategies for health.

Different approaches have been taken by governments when tackling health disparities. There is however no single right way to reduce health disparities, and experts agree that the more focused and integrated a pan-government strategy for action, the greater the probability that health outcomes will change in the desired direction.

Finally, once developed there must be sufficient financial and person-power capacity in place to implement population health policy at all targeted levels. Long-term interventions require sustained investment. Some realistic experts contend that it may not be feasible to develop and implement a coordinated set of policies affecting the health of the population simultaneously and argue that a step-by-step approach may be the best we can do.

APPENDIX 1 – WITNESS LIST

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|---|---|--------------------|-----------|
| 39th Parliament 1st Session | | | |
| World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health | The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner | 22-02-2007 | 1 |
| Institute of Population Health | Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity | 28-02-2007 | 1 |
| Provincial Health Services Authority, B.C. | Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control | 28-02-2007 | 1 |
| School of Health Policy and Management - York University | Dennis Raphael, Professor | 28-02-2007 | 1 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch | 21-03-2007 | 2 |
| Kunin-Lunenfield Applied Research Centre | Sholom Glouberman, Associate Scientist | 21-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch | 21-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention | 21-03-2007 | 2 |
| Statistics Canada | Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development | 21-03-2007 | 2 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| Institute of Population and Public Health | Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research | 28-03-2007 | 2 |
| Global Health and Social Policy | Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy | 28-03-2007 | 2 |
| McGill University | Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health | 28-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director, Development and Partnership Division, Strategic Policy Directorate | 25-04-2007 | 3 |
| Indian and Northern Affairs Canada | Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations sector | 25-04-2007 | 3 |
| Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba | John O'Neil, Professor and Director | 25-04-2007 | 3 |
| Health Canada | Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch | 25-04-2007 | 3 |
| Institute of Aboriginal People's Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) | Dr Jeff Reading, directeur scientifique | 25-04-2007 | 3 |
| Research Faculty/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit | Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health | 02-05-2007 | 3 |
| National Aboriginal Health Organization (NAHO) | Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit | 02-05-2007 | 3 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|---|--|--------------------|-----------|
| University of British Columbia - Department of Psychology | Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator | 02-05-2007 | 3 |
| National Aboriginal Health Organization (NAHO) | Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer | 02-05-2007 | 3 |
| Toronto University | Dr. Kuc Young, Professor, Department of Public Health Services | 02-05-2007 | 3 |
| Observatory on Ageing and Society (OAS) | Dr. André Davignon, Founder | 16-05-2007 | 4 |
| Nova Scotia Department of Health | Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés | 16-05-2007 | 4 |
| Public Health Agency of Canada - Division of Ageing and Seniors | Margaret Gillis, Director | 16-05-2007 | 4 |
| Canadian Association on Gerontology | Mark Rosenberg, Professor Queen's Université | 16-05-2007 | 4 |
| The CHILD Project | Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP) | 30-05-2007 | 4 |
| Canadian Institutes of Health Research | Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health | 30-05-2007 | 4 |
| Council of Early Child Development | Stuart Shankar, Professor, President | 30-05-2007 | 4 |
| Manitoba Métis Foundation | Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba | 31-05-2007 | 4 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|--|--------------------|-----------|
| Métis National Council | David Chartrand, Minister of Health | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation | 31-05-2007 | 4 |
| BC Ministry of Health | Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer | 01-06-2007 | 5 |
| Manitoba Métis Foundation | Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba | 01-06-2007 | 5 |
| Institute of Aboriginal Peoples' Health | Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations | 01-06-2007 | 5 |
| Pauktuutit Inuit Women of Canada | Jennifer Dickson, Executive Director | 01-06-2007 | 5 |
| Native Women's Association of Canada | Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor | 01-06-2007 | 5 |
| Indigenous People's Health Research Centre | Willie Ermine, Professor, Writer - Ethicist | 01-06-2007 | 5 |
| Inuit Tapiriit Kanatami | Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health | 01-06-2007 | 5 |
| National Association of Friendship Centres | Alfred J. Guay, Policy Analyst | 01-06-2007 | 5 |
| Assembly of First Nations | Valerie Gideon, Director of Health and Social Development | 01-06-2007 | 5 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| University of Alberta | Malcom King, Professor, Department of Medicine | 01-06-2007 | 5 |
| Aboriginal Nurses Association of Canada | Julie Lys, directrice, Region des Territoires du Nord-Ouest | 01-06-2007 | 5 |
| Toronto University | Chandrakant P. Shah, professeur émérite | 01-06-2007 | 5 |
| Congress of Aboriginal Peoples | Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire | 01-06-2007 | 5 |
| 39th Parliament 2nd Session | | | |
| Ministry of Health and Social Affairs | Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division | 22-11-2007 | 1 |
| Swedish National Institute of Public Health | Dr. Gunnar Agren, Director General | 22-11-2007 | 1 |
| Karolinska Institute: | Dr. Pirooska Ostlin, Dept. of Public Health Sciences | 22-11-2007 | 1 |
| Swedish National Institute of Public Health | Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert | 22-11-2007 | 1 |
| The Quaich Inc. | Patsy Beattie-Huggan, President | 30-11-2007 | 1 |
| McMaster University | John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences | 30-11-2007 | 1 |
| PEI Department of Health | Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations | 30-11-2007 | 1 |
| Group d'étude sur les politiques et la santé | France Gagnon, Professor and co-chair | 05-12-2007 | 2 |
| University of Montreal | Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor | 05-12-2007 | 2 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|---|---|--------------------|-----------|
| U.K. Department of Health | Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement | 11-12-2007 | 2 |
| B.C. Interior Health Authority | Lex Baas, Director of Population Health | 12-12-2007 | 2 |
| University of British Columbia | James Frankish, Professor and Director | 12-12-2007 | 2 |
| Ontario Ministry of Health Promotion | Peggen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention | 06-02-2008 | 3 |
| Toronto Cental Local Health Integration Network | Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning | 06-02-2008 | 3 |
| University of Ottawa Heart Institute | Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre | 06-02-2008 | 3 |
| Canadian Institute for Health Information | Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer | 13-02-2008 | 3 |
| Canadian Institute for Health Information | Keith Denny, Acting Manager | 13-02-2008 | 3 |
| University of Manitoba | Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine | 13-02-2008 | 3 |

SENATE



SÉNAT

**POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVE INTERNATIONALE**

**Premier rapport du
Sous-comité sur la santé des populations du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Président
L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente
L'honorable Lucie Pépin

Février 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39^e législature – 2^{ième} session

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| ORDRE DE RENVOI..... | i |
| MEMBRES..... | ii |
| RÉSUMÉ | 1 |
| INTRODUCTION..... | 7 |
| CHAPITRE 1 : Australie | 8 |
| 1.1 Principales constatations | 8 |
| 1.2 Responsabilité des pouvoirs publics | 9 |
| 1.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population | 10 |
| 1.4 Surveillance et évaluation..... | 13 |
| CHAPITRE 2 : Angleterre..... | 14 |
| 2.1 Principales constatations | 14 |
| 2.2 Responsabilité des pouvoirs publics | 15 |
| 2.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population..... | 16 |
| 2.4 Mise en œuvre..... | 21 |
| 2.5 Surveillance et évaluation..... | 21 |
| CHAPITRE 3 : Finlande..... | 22 |
| 3.1 Principales constatations | 22 |
| 3.2 Responsabilité des pouvoirs publics | 23 |
| 3.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population..... | 24 |
| 3.4 Mise en œuvre..... | 28 |
| 3.5 Surveillance et évaluation..... | 29 |
| CHAPITRE 4 : Nouvelle-Zélande | 30 |
| 4.1 Principales constatations | 30 |
| 4.2 Responsabilité des pouvoirs publics | 30 |
| 4.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population | 31 |
| 4.4 Surveillance et évaluation..... | 37 |
| CHAPITRE 5 : Norvège..... | 38 |
| 5.1 Principales constatations | 38 |
| 5.2 Responsabilité des pouvoirs publics | 38 |
| 5.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population..... | 40 |
| 5.4 Mise en œuvre et surveillance | 42 |
| CHAPITRE 6 : Suède..... | 43 |
| 6.1 Principales constatations | 43 |
| 6.2 Responsabilité des pouvoirs publics | 43 |
| 6.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population..... | 45 |
| 6.4 Mise en œuvre de la politique sur la santé de la population | 47 |
| 6.5 Surveillance et évaluation de la loi | 48 |
| CHAPITRE 7 : Analyse Comparative | 49 |
| 7.1 Introduction..... | 49 |

| | |
|---|----|
| 7.2 Virage dans la façon de penser et d'agir des décideurs..... | 50 |
| 7.3 Buts, objectifs et cibles..... | 51 |
| 7.4 Surveillance, évaluation et recherche..... | 51 |
| 7.5 Rôle du secteur de la santé et d'autres intervenants | 52 |
| 7.6 Étude d'impact sur la santé | 52 |
| 7.7 Régionalisation | 53 |
| 7.8 Approche intersectorielle | 53 |
| 7.9 Intervention gouvernementale..... | 54 |
| 7.10 Conclusion | 55 |
| ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS | 57 |

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat, la motion mise aux voix, est adoptée.

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet du *Politiques sur la santé de la population : perspective internationale*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs : Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

Autres sénateurs ayant participé de temps en temps à cette étude:

L'honorable sénateur Jim Munson

L'honorable sénateur Art Eggleton, P.C.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Le rapport présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en santé dans six pays : l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède.

AUSTRALIE

Le gouvernement central de l'Australie n'a pas encore établi de politique nationale sur la santé de la population. Par contre, quatre États (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) ont pris des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.

Le gouvernement central finance toutefois un certain nombre de projets et de programmes destinés à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes particuliers (notamment les aborigènes).

Il se montre prudent, car il estime que l'efficacité réelle des mesures visant à améliorer la santé générale de la population et à réduire les disparités en santé n'a pas été prouvée. Il ne préconise cependant pas l'inaction et s'est doté d'un programme prudent d'évaluation des mesures expérimentales.

Le régime fédéral australien est caractérisé par la tension dynamique qu'impliquent les relations intergouvernementales et par le degré de collaboration nécessaire entre les différents paliers de gouvernement. Dans les relations intergouvernementales, le financement et les compétences respectives font constamment l'objet de négociations. Cette situation pourrait avoir nui à l'élaboration et à la coordination d'une véritable politique nationale sur la santé de la population.

ANGLETERRE

L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière par son approche nationale de la santé de la population. C'est le premier pays, sinon le seul, qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.

Une nouvelle politique a été mise en place après un examen global réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux pour déterminer l'utilisation la plus efficace possible des fonds publics aux fins de la réduction des disparités en santé.

La politique est coordonnée par un sous-comité du Cabinet placé sous la direction du vice-premier ministre. Le secrétaire d'État à la Santé et le ministre de la Santé publique

sont les champions de la politique au sein du gouvernement. L'Unité des disparités en santé, créée au ministère de la Santé, encourage et coordonne les efforts du gouvernement central et collabore avec les autorités locales et les organisations non gouvernementales. Le ministère des Finances suit les progrès accomplis dans toute l'administration publique.

Des ententes locales de trois ans, définissant le cadre des relations entre le gouvernement central et les administrations locales, fixent des objectifs nationaux précis à atteindre au niveau local.

FINLANDE

Depuis 1987, la Finlande a une politique qui vise expressément l'amélioration de la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Le pays dispose d'une solide base de connaissances découlant d'investissements de l'État dans la recherche sur la santé de la population et d'exigences législatives qui imposent la présentation au Parlement de rapports à ce sujet.

Préoccupé par les disparités croissantes en santé, le gouvernement finlandais élabore un plan d'action national visant à les réduire. Il sera intéressant d'examiner ce plan, que le gouvernement devait d'abord publier vers la fin de 2007.

Depuis 20 ans, le ministère de la Santé est responsable de la politique sur la santé de la population, même s'il est admis que de nombreux déterminants de la santé relèvent d'autres ministères. Ceux-ci sont parfois mentionnés dans les documents officiels, mais il ne semble pas y avoir de modalités de collaboration bien définies pour atteindre des buts communs.

La forte décentralisation du gouvernement finlandais nuit à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le gouvernement national assure le leadership dans tout le pays, mais la plupart des programmes et des services relèvent des municipalités. Les politiques élaborées à l'échelle nationale ne servent qu'à imprimer une orientation générale et ne comportent pas de directives exécutoires. Il est donc difficile de savoir si les municipalités finlandaises disposent de moyens suffisants pour relever les défis d'une approche globale de la santé de la population.

NOUVELLE-ZÉLANDE

La Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, adoptée en 2000, porte expressément sur les disparités et sur la santé de la population tout entière, mais s'a mise en œuvre se limite aux mesures prises par le secteur de la santé.

Une attention spéciale est accordée aux Maoris, qui font l'objet de stratégies et de plans d'action établis sous l'angle de la santé de la population.

À la suite d'une restructuration, des organismes régionaux – les commissions de santé de district – se sont vu attribuer une responsabilité accrue à l'égard de la santé de la population et ont reçu le pouvoir de déterminer les priorités. Ces commissions sont tenues

par la loi de faire rapport au ministre de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie et sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles fixées.

Le Comité consultatif de la santé publique cherche activement à faire en sorte que les mesures visant la santé de la population ne soient plus limitées au secteur de la santé, surtout grâce à l'utilisation des études d'impact sur la santé.

Des modifications aux lois sur la santé publique ont été déposées au Parlement à la fin de 2007 pour encourager l'utilisation des études d'impact sur la santé à l'échelle des ministères et des organismes gouvernementaux.

NORVÈGE

Au départ, les mesures de santé de la population en Norvège étaient surtout axées sur la qualité de vie, ce qui imposait à chacun la responsabilité première d'améliorer sa santé. Par la suite, une réorientation de la politique a donné lieu à un meilleur équilibre entre la responsabilité individuelle et le rôle de la collectivité pour ce qui est de rendre plus facile et plus attrayante l'adoption d'un mode de vie sain. La Norvège n'a commencé que récemment à s'attaquer aux disparités en santé; auparavant, l'accent était plutôt mis sur la réduction de la pauvreté chez les groupes vulnérables.

En 2007, le gouvernement norvégien a déposé au Parlement la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé, livre blanc considéré comme le volet santé du vaste effort gouvernemental déployé pour accroître l'équité sociale. Le livre blanc met l'accent sur l'éducation, le travail et le revenu; la responsabilité générale de sa mise en œuvre relève du ministère de la Santé.

Ce livre blanc ainsi que la politique sur le travail, la protection sociale et l'inclusion, le plan d'action pour combattre la pauvreté et la politique sur l'intervention précoce pour l'apprentissage continu forment un train de mesures complet visant à améliorer la santé des Norvégiens et à réduire les disparités. Le système de santé de la population se répartit en trois niveaux; le rôle principal revient aux municipalités. La collaboration interministérielle et intersectorielle fait partie intégrante de l'approche adoptée en Norvège pour favoriser la santé de la population.

SUÈDE

La Suède a adopté une vaste approche « pangouvernementale » de la santé de la population, et sa politique en la matière jouit d'une assise législative, la Loi sur les objectifs de santé publique de 2003.

La Loi énonce 11 objectifs de santé de la population et établit des cibles spécifiques et mesurables pour chacun d'entre eux. La réalisation de ces objectifs met à contribution une cinquantaine de ministères et d'organismes.

La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et les organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités en santé.

Le ministre de la Santé publique et des Services sociaux dirige un organe exécutif national sur la santé de la population constitué tout spécialement pour faciliter la collaboration intersectorielle.

Le Swedish National Institute of Public Health est tenu de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des 11 objectifs et d'en faire rapport tous les quatre ans.

Il est trop tôt pour évaluer les effets de la Loi. Toutefois, celle-ci reflète manifestement la ferme volonté des plus hautes sphères politiques d'avoir une approche de la santé de la population qui soit intersectorielle et axée sur l'équité.

ANALYSE COMPARATIVE

De nets décalages ont été observés entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités.

Il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités. La démarche de chaque pays dépend de l'évolution historique et du positionnement actuel de ses structures politiques, économiques, administratives et sociales, qui influent sur la nature et l'étendue des mesures possibles.

Les buts, les objectifs et les cibles en santé font partie intégrante des politiques sur la santé des populations. Chaque pays décide toutefois de la nature et du nombre des buts, des objectifs et des cibles à adopter.

Un défi auquel tous les pays sont confrontés est le manque de données sur l'efficacité des mesures prises pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont établi des programmes nationaux de recherche; d'autres demandent à des instituts nationaux de surveiller la santé de la population et d'en faire rapport.

Le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs responsables de politiques et de programmes qui ont un effet direct ou indirect sur la santé de la population et les disparités en santé. De plus, l'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé.

L'étude d'impact sur la santé est une pratique bien établie dans la plupart des pays visés par l'étude. Dans certains pays, la loi sur la santé publique a servi à intégrer les études d'impact dans les mécanismes gouvernementaux.

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. La collaboration intersectorielle est encore plus compliquée dans les régimes où différents ordres de gouvernement se partagent des responsabilités étroitement

interdépendantes, mais différentes, concernant la santé de la population. Un autre défi consiste à mobiliser les nombreux acteurs qui influent directement sur la vie et la santé des gens : écoles, secteur des soins de santé primaires, secteur bénévole, groupes de lutte contre la pauvreté, ONG, employeurs, etc.

POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION : PERSPECTIVE INTERNATIONALE - RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SÉNATORIAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

INTRODUCTION

En février 2007, au cours de la 1^{re} session de la 39^e législature, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier, en vue d'en faire rapport, les multiples facteurs et situations – appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé – qui contribuent à la santé de la population canadienne. Le Sénat a renouvelé le mandat du Sous-comité en octobre 2007, au début de la 2^e session de la 39^e législature. Un des éléments centraux de l'étude consistait à déterminer les mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé de la population.

Pour s'acquitter de son mandat aussi étendu que complexe, le Sous-comité a subdivisé son étude en deux phases. Le but de la première est de recueillir des renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population dans différents pays. L'information découlant de cette phase se fonde pour l'essentiel sur de la documentation réunie par notre équipe de recherche et des consultants extérieurs ainsi que sur les témoignages reçus au cours d'audiences publiques du Sous-comité. La seconde phase de l'étude commencera par la publication d'un document sur les questions qui se posent et les options possibles, document qui servira de base à des audiences publiques et à des consultations partout dans le pays. Le processus de consultation s'étendra sur toute l'année 2008. Le Sous-comité s'attend à déposer un rapport final comprenant ses recommandations en décembre 2008.

Le présent document constitue le premier rapport de la première phase de l'étude. Il comprend une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé dans un certain nombre de pays – l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède – choisis après des consultations avec des experts du domaine. Le document présente une description de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique relative à la santé de la population dans ces pays. Les renseignements sont tirés de sites Web gouvernementaux des pays concernés, d'un examen exhaustif de la documentation et de certains témoignages reçus au cours des audiences publiques du Sous-comité. Même si l'information que nous présentons se limite à six pays, elle constitue un bon échantillon de la masse de renseignements disponibles sur l'élaboration de la politique sur la santé de la population. Nous croyons qu'il y a beaucoup de leçons à tirer d'une étude et d'une comparaison soigneuses des politiques des pays choisis.

Le rapport se compose de sept chapitres. Les chapitres 1 à 6 décrivent les principales caractéristiques et particularités de la politique sur la santé de la population de chacun des pays étudiés. Ces chapitres présentent tous l'information sous les mêmes grands titres : principales constatations, responsabilité des pouvoirs publics en matière de santé de la population, élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la

population, surveillance et évaluation. Enfin, le chapitre 7 présente un examen comparatif des politiques des pays étudiés.

CHAPITRE 1 : Australie

1.1 Principales constatations

- Même si de nombreux documents de stratégie publiés dans les 20 dernières années recommandent l'adoption d'une politique de promotion de la santé de la population, l'Australie n'a ni une politique nationale sur la santé de la population ni une approche pangouvernementale explicite du gouvernement (national) du Commonwealth visant à réduire les disparités en santé.
- Le gouvernement du Commonwealth finance cependant un certain nombre de projets et de programmes destinés à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes particuliers (notamment les aborigènes).
- C'est le secteur australien de la santé qui réclame le plus énergiquement des mesures pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.
- Contrairement au gouvernement du Commonwealth, quatre États australiens (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) ont pris des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé aussi bien au niveau du gouvernement qu'à celui du ministère de la Santé de l'État.
- Les experts réclament une politique nationale explicite destinée à favoriser une action globale concertée dans l'ensemble du pays.
- Le gouvernement australien se montre prudent, estimant qu'il n'a pas été prouvé que les mesures visant à améliorer la santé générale de la population et à réduire les disparités en santé sont vraiment efficaces. Il ne préconise cependant pas l'inaction et s'est doté d'un programme prudent d'évaluation des mesures expérimentales. Le gouvernement du Commonwealth s'est engagé à recueillir des données concrètes en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques efficaces en matière de santé de la population. À cette fin, il compte créer d'importantes bases de données, mener des recherches concertées sur les inégalités en santé et établir un cadre d'évaluation des impacts sur la santé.
- Le régime fédéral australien est caractérisé par la tension dynamique qu'impliquent les relations intergouvernementales et par le degré de collaboration nécessaire entre les différents paliers de gouvernement. Le gouvernement du Commonwealth perçoit la plupart des impôts, tandis que les États et les Territoires s'occupent de l'essentiel de l'administration des programmes et des services. Les responsabilités financières et fonctionnelles

sont réparties. Par conséquent, le financement et les compétences respectives font constamment l'objet de négociations. Cette situation pourrait avoir nui à l'élaboration et à la coordination d'une véritable politique nationale sur la santé de la population.

1.2 Responsabilité des pouvoirs publics¹

Dans le régime fédéral australien, la santé de la population est, comme au Canada, une responsabilité partagée entre le gouvernement du Commonwealth et les gouvernements des six États et des deux Territoires. Le gouvernement national joue cependant un plus grand rôle dans ce domaine qu'au Canada. Chez nous, les provinces ont à cet égard une bien plus grande marge de manœuvre financière que le gouvernement fédéral, tandis que les États et les Territoires australiens dépendent largement du gouvernement du Commonwealth pour le financement des politiques. Tout comme au Canada, les administrations locales (municipalités) jouent un rôle relativement modeste dans ce domaine.

- Le **gouvernement du Commonwealth** établit les politiques publiques à l'échelle nationale. Il s'occupe des affaires nationales et perçoit environ 80 p. 100 des recettes fiscales. Il joue en outre un rôle de premier plan dans l'élaboration de la politique de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux questions d'intérêt national telles que la santé publique, les soins de santé, la recherche et la gestion de l'information nationale. Les responsabilités du gouvernement du Commonwealth comprennent en outre l'aide sociale et d'autres prestations ainsi que le mariage, l'immigration, le commerce extérieur, la monnaie, les brevets, la défense et les télécommunications.
- Les **gouvernements des États et des Territoires** ont la responsabilité première de la gestion et de la prestation des services et des programmes dans les secteurs suivants : surveillance épidémiologique, promotion de la santé, éducation, culture, services d'urgence, salubrité de l'environnement, justice, transports, emploi, agriculture, propriété et logement.
- Les **administrations locales (municipalités)** sont chargées des questions de santé qui concernent leur district. Leurs pouvoirs et responsabilités diffèrent d'un État et d'un Territoire à l'autre mais, d'une manière générale, elles ont la charge de la promotion de la santé, des programmes de prévention des maladies (immunisation, par exemple), des services de salubrité de l'environnement (assainissement et hygiène, entre autres), de la planification urbaine, de l'approbation des permis de construction, des routes locales, du stationnement, des bibliothèques publiques et des établissements communautaires.

¹ National Public Health Partnership, *Public Health in Australia*, 1998, <http://www.nphp.gov.au/publications/broch/contents.htm>.

1.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

L'élaboration de la politique australienne sur la santé de la population a commencé en 1981 lorsque l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié sa *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*². En réponse à cet appel invitant les États membres de l'OMS à élaborer des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux pour améliorer la santé et évaluer les progrès accomplis en fonction de cibles précises, le gouvernement du Commonwealth a créé en 1985 la Commission pour une meilleure santé. La Commission a été chargée de produire un rapport sur l'état de santé de la population australienne et de recommander des politiques et des stratégies nationales de promotion de la santé, de prévention des maladies et d'amélioration générale de la santé de la population. Elle a publié en 1986 un rapport en trois volumes intitulé *Looking Forward to Better Health*³, dans lequel elle recommandait notamment de concentrer les grandes activités de prévention sur les maladies cardiovasculaires, l'alimentation et les blessures.

En 1987, le Conseil consultatif australien des ministres de la Santé ou AHMAC⁴ a créé le Comité des cibles et de la mise en œuvre en santé (HTIC), qui avait pour mandat de formuler des avis sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission pour une meilleure santé. En 1988, le HTIC a publié le rapport *Health for All Australians* qui, pour la première fois dans le pays, énonçait 20 buts et 65 cibles, avec des estimations complètes des coûts correspondants, dans trois grands domaines : groupes de la population (personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, aborigènes, enfants, femmes, etc.), principales causes de décès prématuré (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) et grands facteurs de risque (alcool et drogue, tabagisme, alimentation, activité physique, etc.)⁵. Le rapport énumérait en outre cinq domaines prioritaires de prévention : amélioration du régime alimentaire, hypertension, prévention des blessures, cancers évitables et santé des aînés.

En 1988, le Comité des cibles et de la mise en œuvre en santé a publié le rapport *Health for All Australians* qui, pour la première fois dans le pays, énonçait 20 buts et 65 cibles, avec des estimations complètes des coûts correspondants, dans trois grands domaines : groupes de la population, principales causes de décès prématuré et grands facteurs de risque.

En 1988, l'Australie a mis sur pied le Programme national pour une meilleure santé (NBHP) pour superviser la mise en œuvre des stratégies présentées dans le rapport du HTIC. Quatre ans plus tard, un examen du programme a révélé que, malgré les

² Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, 1981.

³ Better Health Commission, *Looking Forward to Better Health*, Canberra, 1986.

⁴ L'AHMAC est formé du dirigeant (et d'un autre haut fonctionnaire) des autorités sanitaires du gouvernement australien, des États et Territoires de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du ministère australien des Anciens combattants. Il a pour mandat d'assurer un appui efficace et efficient à la Conférence des ministres de la Santé de l'Australie.

⁵ Health Targets and Implementation Committee, *Health for All Australians*. Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference, Canberra, 1988.

progrès réalisés à certains égards, les approches adoptées pour atteindre les objectifs et les cibles du rapport *Health for All Australians* étaient insuffisantes, le NBHP étant essentiellement perçu comme une démarche de promotion de la santé. Le rapport d'examen recommandait une révision des objectifs et cibles dans le but d'influencer les décisions relatives aux politiques visant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

À la suite de cet examen, le gouvernement du Commonwealth a commandé une étude à des professeurs du département de santé publique de l'Université de Sydney. Le rapport de l'étude, intitulé *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, a paru en 1993⁶. Les auteurs y ont révisé les buts et les cibles du rapport *Health for All Australians* dans quatre grands domaines : 1) mortalité, morbidité et qualité de vie; 2) modes de vie sains et facteurs de risque; 3) sensibilisation à la santé et préparation à la vie active; 4) environnements sains. Ils proposent une conception plus large de la santé que celle mise de l'avant dans les rapports antérieurs et énoncent plus de 100 buts et 600 cibles précises. Le rapport présente aussi des conseils sur la mise en œuvre des politiques, y compris la désignation d'organismes devant diriger les activités prioritaires et la création d'un programme d'évaluation des progrès réalisés.

Les ministres de la Santé d'Australie ont approuvé les buts et cibles énoncés dans le rapport et ont formé un groupe de travail conjoint chargé de désigner les domaines prioritaires nationaux dans lesquels l'action initiale serait concentrée. Le groupe de travail, dont les membres ont été recrutés au sein de l'AHMAC et du Conseil national de la recherche médicale, a proposé d'accorder la priorité aux quatre secteurs suivants de la santé : 1) maladies cardiovasculaires, 2) cancer, 3) blessures, 4) santé mentale. Des groupes ont été créés pour mettre en œuvre les recommandations formulées dans chacun de ces secteurs.

Les ministres de la Santé de l'Australie ont lancé en 1996 l'Initiative des secteurs prioritaires nationaux en santé, qui a mis en évidence le besoin d'une approche nationale de la santé de la population. Répondant aux préoccupations suscitées par le manque de coordination des efforts déployés dans ce domaine en Australie, l'Initiative représente une démarche de collaboration entre les administrations du Commonwealth, des États et des Territoires chargées d'encadrer et de coordonner les mesures de santé de la population.

Le rapport *Better Health Outcomes for Australians*, publié en 1994, rend compte du travail accompli par les quatre groupes de mise en œuvre. Il définit un certain nombre de buts, stratégies et indicateurs pour les quatre secteurs prioritaires de la santé. Après la publication du rapport, l'AHMAC a créé un Comité de surveillance des résultats en santé. Celui-ci a procédé, un an plus tard, à un examen du processus d'établissement des buts et cibles nationaux qui a révélé un certain nombre de problèmes : a) la complexité des buts et cibles, b) la multiplicité des indicateurs (plus de 140 pour les quatre secteurs prioritaires) et c) l'absence de critères nationaux en matière de présentation de rapports.

⁶ D. Nutman, M. Wise, A. Bauman, E. Harris et S. Leeder, *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, ministère de la Santé, du Logement et des Services communautaires, 1993.

⁷ Rebecca Mitchell et Rod McClure, « The Development of National Injury Prevention Policy in the Australian Health Sector and the Unmet Challenges of Participation and Implementation », *Australia*

Après cet examen, les ministres de la Santé de l'Australie ont lancé en 1996 l'Initiative des secteurs prioritaires nationaux en santé, qui a mis en évidence le besoin d'une approche nationale de la santé de la population. Répondant aux préoccupations suscitées par le manque de coordination des efforts déployés dans ce domaine en Australie, l'Initiative représente une démarche de collaboration entre les administrations du Commonwealth, des États et des Territoires chargées d'encadrer et de coordonner les mesures de santé de la population. Le Conseil national des interventions prioritaires en santé est responsable de la surveillance de l'Initiative. Les maladies et les troubles visés par le processus avaient été choisis parce que les responsables estimaient qu'ils constituaient les domaines dans lesquels il était possible de réaliser les plus grandes améliorations de l'état de santé de la population. Au départ, les quatre secteurs prioritaires choisis comprenaient le cancer, les maladies cardio-vasculaires, la prévention des blessures et la santé mentale. Par la suite, d'autres secteurs ont été ajoutés à la liste des priorités : le diabète en 1997, l'asthme en 1999 et l'arthrite et les maladies musculo-squelettiques en 2002. Dans l'ensemble, on estime que ces sept secteurs prioritaires représentent près de 80 p. 100 du fardeau total lié aux maladies et aux blessures en Australie.

Il y a lieu de noter qu'en sus de ces secteurs prioritaires nationaux, l'Australie s'est dotée de stratégies visant plusieurs domaines particuliers de la santé comme les toxicomanies, le tabagisme, le VIH/sida, l'alcoolisme et l'échange d'aiguilles et de seringues⁸.

En 1996, les ministres de la Santé de l'Australie ont établi le Partenariat national pour la santé publique dans le cadre d'une nouvelle tentative de mettre au point une approche nationale concertée plus efficace de la santé publique, de la prévention de la maladie et de la santé de la population. En 2006, le Partenariat a été remplacé par deux comités rattachés à l'AHMAC. Le Comité de protection de la santé s'occupe de la santé publique, de la protection de la santé et de la gestion des crises sanitaires tandis que le Comité principal d'élaboration de la politique sur la santé de la population coordonne l'effort national devant aboutir à une stratégie intégrée de la santé comprenant la prévention primaire et secondaire, les soins primaires, le traitement des maladies chroniques ainsi que la santé et le bien-être des enfants⁹.

Bref, en dépit des nombreux comités créés, des documents publiés et des examens réalisés, peu de progrès ont été enregistrés au chapitre de la mise en œuvre d'une approche nationale de la santé de la population au cours des 20 dernières années. Il ressort cependant d'une étude récente que quatre États (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) se sont expressément engagés à améliorer la santé de

and New Zealand Health Policy, vol. 3, n° 11, octobre 2006, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1635714>.

⁸ K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Organisation mondiale de la santé, 2005.

⁹ National Public Health Partnership, <http://www.nphp.gov.au>.

la population et à réduire les disparités en santé¹⁰. En particulier, la Nouvelle-Galles du Sud s'est dotée de l'éventail le plus complet de soutiens structurels pour favoriser l'équité en santé, comme en témoignent les engagements pris par l'État dans son récent rapport intitulé *In All Fairness*. Toutefois, comme le ministère de la Santé de l'État est seul responsable de la mise en œuvre de la nouvelle politique d'équité en santé, celle-ci ne peut pas être assimilée à une approche pangouvernementale de la santé de la population, son application dépendant exclusivement de la contribution du secteur de la santé¹¹.

1.4 Surveillance et évaluation

L'Australie possède une excellente base de connaissances sur la santé de la population et les disparités en santé. Depuis 1990, année de publication de son premier atlas de santé sociale, elle fait œuvre de pionnière dans le domaine des bases de données sur la santé de la population. Le gouvernement du Commonwealth a en outre établi en 1998 la Collaboration nationale pour la recherche sur les disparités en santé afin de développer les

L'Australie possède une excellente base de connaissances sur la santé de la population et les disparités en santé. Depuis 1990, année de la publication de son premier atlas de santé sociale, elle fait œuvre de pionnière dans le domaine des bases de données sur la santé de la population. Le gouvernement du Commonwealth a en outre établi en 1998 la Collaboration nationale pour la recherche sur les disparités en santé afin de développer les connaissances relatives aux causes de ces disparités et aux moyens de les combattre et de favoriser les mesures fondées sur des données probantes destinées à réduire les inégalités en Australie.

connaissances relatives aux causes de ces disparités et aux moyens de les combattre et de favoriser les mesures fondées sur des données probantes destinées à réduire les inégalités en Australie. L'organisme a été dissous en 2004 et son mandat a été confié au Conseil national de la recherche médicale. Trois réseaux de recherche ont été créés sous les auspices du Conseil pour s'occuper des domaines suivants : 1) enfants, adolescents et familles, 2) collectivités durables et 3) soins primaires. De plus, l'Institut australien de la santé et du bien-être social a produit des données récentes sur les disparités en santé. D'après les experts, l'Australie possède une solide base de connaissances sur laquelle elle peut fonder son action¹².

¹⁰ Lareen Newman, Fran Braum et Elizabeth Harris, « Federal, State and Territory Government Responses to Health Inequities and the Social Determinants of Health in Australia », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 3, 2006, p. 217-225.

¹¹ Department of Health (New South Wales Government), *In All Fairness: Increasing Equity in Health Across NSW*, 17 mai 2004, <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/fairness.html>.

¹² Fran Baum et Sarah Simpson, « Building Healthy and Equitable Societies: What Australia Can Contribute to and Learn from the Commission on Social Determinants of Health », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 3, 2006.

Le gouvernement du Commonwealth a également défini, en collaboration avec des chercheurs, un cadre pour les études d'impact sur la santé axé sur l'équité, à des fins d'élaboration de politiques. Le cadre définit une approche structurée permettant de tenir compte systématiquement de l'équité à chaque étape de l'étude d'impact des projets de politique¹³.

Le gouvernement du Commonwealth a également défini, en collaboration avec des chercheurs, un cadre pour les études d'impact sur la santé axé sur l'équité, à des fins d'élaboration de politiques. Le cadre définit une approche structurée permettant de tenir compte systématiquement de l'équité à chaque étape de l'étude d'impact des projets de politique.

CHAPITRE 2 : Angleterre

2.1 Principales constatations

- L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière par son approche nationale de la santé de la population. C'est le premier pays, sinon le seul, qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.
- Une nouvelle politique a été mise en place après un examen global réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux pour déterminer de quelle façon utiliser les dépenses publiques le plus efficacement possible afin de réduire les disparités en santé.
- Les détails de la politique britannique sur la santé de la population ont été présentés en 2003 dans le rapport *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, qui proposait un programme ambitieux s'étendant à tous les ministères et organismes publics du pays.
- Dans le cadre de ce programme, l'Angleterre s'est fixé des cibles nationales de réduction des disparités en matière de mortalité infantile et d'espérance de vie à la naissance allant jusqu'à 2010. Un ensemble de 12 indicateurs nationaux a en même temps été établi à l'appui des cibles de 2010. Avec des variables substitutives à court terme représentant les tendances à long terme des disparités en santé, ces indicateurs forment la base des rapports régulièrement produits par le gouvernement sur les progrès réalisés.
- Au niveau national, le programme est coordonné par un sous-comité du Cabinet placé sous la direction du vice-premier ministre. Le secrétaire d'État à la Santé et

¹³ Mary Mahoney, Sarah Tompson, Elizabeth Harris, Rosemary Aldrich et Jenny Stewart Williams, *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment*, août 2004.

le ministre de la Santé publique sont les champions de la politique au sein du gouvernement. L'Unité des disparités en santé, créée au ministère de la Santé, encourage et coordonne les efforts du gouvernement central et collabore avec les autorités locales et les organisations non gouvernementales. Le ministère des Finances suit les progrès accomplis dans toute l'administration publique.

- Des ententes locales de trois ans, définissant le cadre des relations entre le gouvernement central et les administrations locales, fixent des objectifs nationaux précis à atteindre au niveau local.
- Jusqu'ici, peu de progrès ont été réalisés en vue d'atteindre les cibles nationales de 2010. Les responsables admettent volontiers que l'inversion des tendances à l'inégalité en santé nécessitera un effort soutenu à long terme tant à l'échelle nationale qu'au niveau local.
- L'Angleterre est également couverte par le Plan d'action national du Royaume-Uni pour l'inclusion sociale, dont le but est de combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Nous n'avons pas réussi à déterminer de quelle façon ce plan d'action est coordonné avec les efforts actuels de réduction des disparités en santé.

2.2 Responsabilité des pouvoirs publics

L'Angleterre fait partie du Royaume-Uni, avec l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord. Les quatre parties du pays sont soumises à l'autorité législative du Parlement britannique, bien qu'il y ait eu une cession partielle de pouvoirs à l'Irlande du Nord, à l'Écosse et au pays de Galles grâce au rétablissement de leurs assemblées législatives. Par contre, l'Angleterre n'a aucun corps législatif distinct à part le Parlement britannique. La nature centralisée du Royaume-Uni, monarchie constitutionnelle et État unitaire, se reflète dans la structure de la politique publique anglaise :

L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière dans le domaine de la santé de la population et constitue le premier, sinon le seul, pays du monde qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.

- Le **gouvernement central (R.-U.)** est responsable d'une vaste gamme de questions d'intérêt public et de mesures législatives liées à la santé de la population, y compris les soins de santé, les services sociaux, le soutien du revenu, l'éducation, l'agriculture, les transports, les affaires, etc.
- Les **9 bureaux régionaux du gouvernement (GOR)** de l'Angleterre sont des entités régionales représentant 11 ministères britanniques : Cabinet; Administration locale; Entreprises et réforme réglementaire; Enfants, écoles et familles; Culture, médias et sports; Environnement, alimentation et affaires rurales; Travail et pensions; Transports; Santé; Justice; Intérieur. Les bureaux régionaux s'occupent de la prestation de services qui influent sur la santé de la population, par exemple la revitalisation des collectivités, la lutte contre la

criminalité, les besoins en logement, l'amélioration de la santé publique, le relèvement des normes d'éducation et de formation professionnelle, les questions rurales et la réduction du chômage¹⁴.

- Les **autorités locales**, les **districts de comté** et les **arrondissements de Londres** ont différents degrés d'autonomie dans certains domaines de la politique sur la santé de la population.

Les efforts déployés pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé en Angleterre s'étendent aux deux paliers de gouvernement, le gouvernement central cédant de plus en plus de pouvoirs aux bureaux régionaux et aux autorités locales.

2.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

Comme nous l'avons noté ci-dessus, l'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière dans le domaine de la santé de la population et constitue le premier, sinon le seul, pays du monde qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population. Son approche actuelle de la santé de la population, qui vise en particulier les disparités en santé, a été élaborée par étapes au cours des 30 dernières années.

En 1977, réagissant aux préoccupations croissantes que suscitaient les disparités en santé, le gouvernement britannique a créé le Groupe de travail sur les inégalités en santé sous la direction de sir Douglas Black et l'a chargé d'étudier la situation et de recommander des mesures pour y remédier. Le rapport Black, publié en 1980, a révélé que, malgré la mise en œuvre, en 1948, d'un régime universel de soins de santé dans le cadre du Service

Le rapport Black a révélé que, malgré la mise en œuvre, en 1948, d'un régime universel de soins de santé dans le cadre du Service national de santé (NHS), d'importantes disparités, surtout attribuables à la pauvreté, persistaient. Le rapport soulignait en outre que le comportement des gens était conditionné par des facteurs structurels et environnementaux indépendants de leur volonté. Il recommandait donc l'adoption d'une approche horizontale d'amélioration de la santé de la population et l'affectation à cette fin d'importants crédits à l'ensemble des ministères.

national de santé (NHS), d'importantes disparités, surtout attribuables à la pauvreté, persistaient. Le rapport soulignait en outre que le comportement des gens était conditionné par des facteurs structurels et environnementaux indépendants de leur volonté. Il recommandait donc l'adoption d'une approche horizontale d'amélioration de la santé de la population et l'affectation à cette fin d'importants crédits à l'ensemble des ministères¹⁵. Le gouvernement d'alors avait cependant jugé que la mise en œuvre de ces recommandations serait trop coûteuse. Malgré tout, le rapport Black a eu d'importantes répercussions à long terme. En effet, il a attiré l'attention du public sur les disparités et

¹⁴ Government Offices for the English Regions, *About the Network*, <http://www.gos.gov.uk/aboutusnat/>.

¹⁵ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (sir Douglas Black, président), ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Royaume-Uni, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

les déterminants non médicaux de la santé et a constitué la base des recherches et des discussions des 20 années suivantes¹⁶.

En 1991, le gouvernement britannique a publié un document de consultation énonçant ses propositions en vue de l'élaboration d'une stratégie de santé de la population pour l'Angleterre¹⁷. Un an plus tard, cette stratégie, intitulée *The Health of the Nation*, était lancée. Axée sur cinq secteurs clés (maladies coronariennes et accidents cardiovasculaires, cancer, maladies mentales, VIH/sida et santé sexuelle, accidents), elle définissait 25 cibles à atteindre pour améliorer l'état général de santé. Fait intéressant, la stratégie se fondait sur une approche pangouvernementale faisant intervenir 11 ministères. Un comité du Cabinet a été créé pour superviser l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de la stratégie et pour veiller à la coordination des efforts du gouvernement central et des autorités régionales et locales. De plus, le gouvernement a annoncé qu'il produirait un guide pour faciliter les études d'impact sur la santé et mettrait en place un processus d'examen systématique des progrès réalisés et de publication de rapports périodiques¹⁸.

Des préoccupations avaient alors été exprimées parce qu'aucune des cibles de la nouvelle stratégie de santé de la population n'était directement liée aux disparités en santé. Les données recueillies ont obligé les autorités à admettre l'existence d'un problème. En 1995, le gouvernement a entrepris un autre examen afin de déterminer ce que le ministère de la Santé et le NHS pouvaient faire pour s'attaquer aux disparités fondées sur l'ethnie, la géographie, les caractéristiques socioéconomiques et le sexe. L'examen, dirigé par le médecin-chef d'Angleterre, a abouti à la publication du rapport *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do*, qui a révélé que les inégalités en santé découlaient des disparités socioéconomiques liées au niveau de vie et aux perspectives d'avancement, qui se sont répercutées sur la santé depuis l'enfance. Le rapport concluait qu'en l'absence de politiques adéquates, ces disparités feraient sérieusement obstacle à l'atteinte des cibles nationales. Le rapport soulignait également la nécessité d'établir des partenariats avec les autorités locales, le secteur bénévole, les collectivités et même des particuliers parce que les facteurs qui contribuaient aux disparités en santé étaient aussi nombreux que complexes¹⁹.

¹⁶ Michael Marmot, « From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, n° 5, 2001, p. 1165-1171, <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/5/1165#R3>.

¹⁷ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*, Londres, 1991.

¹⁸ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, Londres, 1992.

¹⁹ United Kingdom Department of Health, *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?*, Londres, 1995.

Deux ans plus tard, le gouvernement britannique a institué une enquête indépendante, sous la direction de sir Donald Acheson, afin d'examiner et de résumer les disparités en santé en Angleterre et de définir les secteurs prioritaires devant faire l'objet de politiques particulières. Tandis que le rapport Black traitait des causes socioéconomiques des inégalités en santé, le rapport Acheson, paru en 1998, présentait une répartition de ces inégalités par région, par sous-groupe de la population et par stade de la vie, entre la grossesse et l'âge avancé. Il formulait 39 recommandations et désignait trois priorités essentielles : 1) toutes les politiques ayant des répercussions sur la santé devraient faire l'objet d'études d'impact sur la santé; 2) il conviendrait d'accorder une haute priorité à la santé des familles avec enfants; 3) d'autres mesures devraient être prises pour réduire les disparités de revenu et relever le niveau de vie des ménages pauvres²⁰.

Le rapport Acheson, paru en 1998, présentait une répartition de ces inégalités par région, par sous-groupe de la population et par stade de la vie, entre la grossesse et l'âge avancé. Il formulait 39 recommandations et désignait trois priorités essentielles : 1) toutes les politiques ayant des répercussions sur la santé devraient faire l'objet d'études d'impact sur la santé; 2) il conviendrait d'accorder une haute priorité à la santé des familles avec enfants; 3) d'autres mesures devraient être prises pour réduire les disparités de revenu et relever le niveau de vie des ménages pauvres.

Pendant que l'enquête Acheson se déroulait encore, le gouvernement britannique a publié, en février 1998, un autre document de consultation exposant ses propositions en vue d'une action concertée avec les organisations locales pour améliorer la santé et les conditions de vie de la population. Les propositions visaient deux objectifs : 1) améliorer la santé de l'ensemble de la population en augmentant la longévité et le nombre d'années exemptes de maladie; 2) améliorer la santé des membres les plus défavorisés de la société afin de réduire les disparités en santé. Le document mettait l'accent sur l'importance de la responsabilité individuelle et des partenariats avec les collectivités locales pour l'amélioration de la santé de la population²¹.

En réponse au rapport Acheson et après avoir procédé à des consultations publiques, le gouvernement britannique a révisé en 1999 sa politique sur la santé de la population et a publié deux documents connexes, *Saving Lives: Our Healthier Nation*²² et *Reducing Health Disparities: An Action Report*²³, sur les mesures qui seraient prises par ses ministères et dans le cadre de partenariats avec différentes organisations régionales et locales d'Angleterre pour réduire les disparités en santé. De nouvelles cibles ont été définies pour les cinq secteurs prioritaires et, une fois de plus, les études d'impact sur la

²⁰ *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report* (sir Donald Acheson, président), The Stationary Office, Londres, 1998. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>.

²¹ United Kingdom Department of Health, *Our Healthier Nation: A Contract for Health*, Londres, 1998, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ohnation/title.htm>.

²² United Kingdom Department of Health, *Saving Lives: Our Healthier Nation*, Londres, juillet 1999, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>.

²³ United Kingdom Department of Health, *Reducing Health Inequalities: An Action Report*, Londres, janvier 1999, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006054.

santé devaient « faire partie intégrante des activités courantes d'élaboration de politiques au gouvernement ». La politique révisée était considérée comme la plus complète jamais proposée pour combattre les disparités en santé au Royaume-Uni.

Pour s'assurer que les efforts des ministères étaient coordonnés et appuyaient efficacement le but consistant à réduire les disparités en santé, le gouvernement britannique a procédé en 2002 à un examen interministériel des dépenses liées à ce but. Cet examen « horizontal » des dépenses, dirigé par le ministère des Finances, a permis d'évaluer les dépenses consacrées par les ministères à l'éducation, à la protection sociale, à la justice pénale, à l'environnement, aux transports et aux administrations locales (en ce qui concerne la répartition). Les résultats de l'examen ont servi de base à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006. De plus, ils ont donné lieu à des engagements obligatoires qui, dans l'ensemble, constituaient une approche pangouvernementale de la réduction des disparités en santé. Le gouvernement a insisté en particulier sur ce qui suit :

Le gouvernement britannique a procédé en 2002 à un examen interministériel des dépenses liées aux disparités en santé. Cet examen « horizontal » des dépenses, dirigé par le ministère des Finances, a permis d'évaluer les dépenses consacrées par les ministères à l'éducation, à la protection sociale, à la justice pénale, à l'environnement, aux transports et aux administrations locales (en ce qui concerne la répartition). Les résultats de l'examen ont servi de base à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006. De plus, ils ont donné lieu à des engagements obligatoires qui, dans l'ensemble, constituaient une approche pangouvernementale de la réduction des disparités en santé.

- Mettre fin au cycle des disparités en santé grâce à la lutte contre la pauvreté et les privations, surtout a) en s'occupant des familles avec enfants, b) en favorisant des grossesses saines et une bonne éducation préscolaire et c) en finançant des mesures éducatives visant à éliminer les écarts au chapitre des réalisations.
- S'attaquer aux principales causes de décès et de blessures et, en particulier, aux risques comportementaux et physiologiques évitables (tabagisme, activités physiques et alimentation) et dispenser des services de traitement.
- Faciliter l'accès des installations et des services publics, notamment dans les secteurs des soins primaires et des transports en commun.
- Aider les collectivités défavorisées grâce à des projets de modernisation des quartiers, à l'amélioration des logements, au renforcement de la sécurité et à la prestation de nouveaux services publics destinés à faciliter l'accès à l'emploi et à l'éducation.

- Aider les groupes particulièrement vulnérables en ciblant les besoins des « pauvres du chauffage²⁴ », des personnes atteintes de troubles mentaux, des sans-abri, des détenus et de leur famille²⁵.

Le gouvernement a donné en 2003 d'autres détails de son approche pangouvernementale des disparités en santé en publiant le rapport *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. Le plan d'action qui y était exposé prévoyait un ambitieux programme s'étendant à 12 ministères et organismes centraux ainsi qu'à un certain nombre d'autorités régionales et locales. Il était appuyé par une cible nationale faisant l'objet d'un accord de service public et fondée sur deux objectifs détaillés :

En Angleterre, la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé est guidée par un sous-comité du Cabinet dirigé par le vice-premier ministre, qui assure la gouvernance et la coordination d'ensemble pour toute l'administration publique. Le gouvernement britannique coopère aussi avec plusieurs autorités régionales et locales au moyen d'ententes locales.

- Réduire de 10 p. 100 d'ici 2010 les inégalités en santé, mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance :
 - En commençant par les enfants de moins d'un an, réduire d'au moins 10 p. 100 d'ici 2010 l'écart de mortalité entre les groupes des employés de bureau subalternes et des travailleurs manuels et l'ensemble de la population.
 - En commençant par les autorités locales, réduire d'au moins 10 p. 100 d'ici 2010 l'écart entre le quintile de régions ayant l'espérance de vie la moins élevée à la naissance et l'ensemble de la population²⁶.

Le plan comprenait en outre 76 engagements pangouvernementaux à remplir en 2006. Il était clair cependant que l'obtention de résultats prendrait des années, compte tenu des aspects intergénérationnels de nombreux facteurs intervenant dans les disparités en santé.

L'Angleterre est également couverte par le Plan d'action national du Royaume-Uni sur l'inclusion sociale²⁷, dont le but est de combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Nous n'avons pas réussi à déterminer de quelle façon ce plan d'action est coordonné avec les efforts actuels de réduction des disparités en santé.

²⁴ Les « pauvres du chauffage » vivent dans des ménages qui doivent consacrer plus de 10 p. 100 de leur revenu à l'achat de combustibles pour maintenir une température confortable dans leur logement.

²⁵ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2002 Cross-Cutting Review*, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/03/04068003.pdf.

²⁶ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, 2003, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf.

²⁷ United Kingdom Department of Work and Pensions, *Working Together: United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion, 2006-2008*, 2006, <http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2006/nap/>.

2.4 Mise en œuvre

En Angleterre, la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé est guidée par un sous-comité du Cabinet dirigé par le vice-premier ministre, qui assure la gouvernance et la coordination d'ensemble pour toute l'administration publique. Le secrétaire d'État à la Santé et le ministre de la Santé publique sont conjointement chargés de se faire les champions de la politique au sein du gouvernement. Un groupe de travail interministériel composé de hauts fonctionnaires surveille les ministères pour s'assurer que leurs programmes contribuent à la réalisation de la cible nationale. Au ministère de la Santé, l'Unité des disparités en santé s'efforce d'établir des liens entre les organismes de santé pour veiller à ce qu'ils conçoivent leurs programmes et leurs initiatives dans une optique de réduction des inégalités en santé.

Le travail en partenariat est considéré comme la clé du succès de la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Cela implique une coopération entre le gouvernement britannique et plusieurs autorités régionales et locales. Par conséquent, le ministère de la Santé a favorisé la conclusion d'ententes locales, considérant que celles-ci contribuent sensiblement à mettre en évidence les disparités et les résultats en santé dans la planification locale. Les ententes locales conclues avec les bureaux régionaux du gouvernement permettent d'accorder une attention particulière aux enfants et aux jeunes, aux mesures destinées à rendre les collectivités plus sûres, plus fortes et aux saines et aux aînés. De concert avec les assemblées régionales et les organismes de développement régional, les bureaux régionaux tiennent également compte des déterminants économiques généraux de la santé, ainsi que de la stratégie des transports, de l'emploi, de l'environnement et du renouvellement communautaire.

2.5 Surveillance et évaluation

Le rapport *A Programme for Action* comprenait l'engagement d'établir, à l'échelle nationale, un ensemble d'indicateurs de haut niveau devant être suivis et publiés tous les ans pour rendre compte des progrès réalisés. Au niveau local, chaque entité régionale était encouragée à choisir et à publier les indicateurs correspondant à ses propres besoins. Le rapport de suivi du *Programme for Action* publié en 2006 n'a révélé aucune réduction des disparités en santé par rapport aux cibles faisant l'objet d'un accord de service public. Les changements signalés comprenaient ce qui suit :

- Légère réduction de l'écart de l'espérance de vie des enfants de sexe masculin en 2002-2004 par rapport à 2001-2003.
- Légère augmentation de l'écart de l'espérance de vie des enfants de sexe féminin en 2002-2004 par rapport à 2001-2003.
- Aucun changement de la cible de mortalité infantile entre 2001-2003 et 2002-2004.

- Pour ce qui est des grands indicateurs pangouvernementaux, légère amélioration des tendances relatives au décès d'enfants dans des accidents de la route, au niveau de scolarité et à la qualité du logement.
- Indices d'une augmentation des inégalités dans la période 2000-2005 en ce qui concerne l'usage du tabac pendant la grossesse entre les groupes des employés de bureau subalternes et des travailleurs manuels et l'ensemble des mères²⁸.

Le rapport de suivi a reconnu, une fois de plus, que l'inversion des tendances des disparités en santé nécessiterait un engagement soutenu à l'échelle nationale et au niveau local pendant une période prolongée (mesurée en générations).

En 2004, le gouvernement britannique a déclaré à nouveau que les répercussions sur la santé de la population des mesures non liées à la santé devraient être considérées d'une façon plus systématique aussi bien avant qu'après la mise en œuvre des politiques, grâce à des études préalables d'impact sur la santé et à des évaluations des politiques elles-mêmes. Il a donc annoncé qu'il intégrerait la santé dans toutes les mesures législatives futures en l'inscrivant parmi les composantes des études d'impact de la réglementation²⁹. Cette décision n'a cependant été mise en vigueur ni par voie législative ni par voie administrative³⁰.

La même année, le ministère de la Santé a publié un guide sur les mesures qui se sont révélées efficaces pour la réduction des disparités en santé. Le guide était destiné à aider les fournisseurs et les organisations qui s'occupent de fournir des soins de santé au niveau local³¹.

CHAPITRE 3 : Finlande

3.1 Principales constatations

- Depuis 1987, la Finlande a une politique qui vise expressément l'amélioration de la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Le pays dispose d'une solide base de connaissances découlant d'investissements de l'État dans la recherche sur la santé de la population et d'exigences législatives qui imposent au gouvernement de présenter au Parlement des rapports à ce sujet.

²⁸ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action – 2006 Update of Headline Indicators*, août 2006, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062903.

²⁹ United Kingdom Department of Health, *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, 2004, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_0494550.

³⁰ Dr Fiona Adshead, *Témoignages*, 11 décembre 2007.

³¹ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities – What Works*, 2005, <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Healthinequalities/Bestpractice/index.htm>.

- Toutefois, la politique nationale actuelle sur la santé de la population, qui définit des cibles à atteindre d'ici 2015, ne renferme que peu de détails sur le genre d'initiatives nécessaires pour réaliser ces cibles. Préoccupé par les disparités croissantes en santé, le gouvernement élabore un plan d'action national visant à les réduire. Il sera intéressant d'examiner ce plan, que le gouvernement devait publier fin 2007.
- Depuis 20 ans, le ministère de la Santé est responsable de la politique sur la santé de la population, même s'il est admis que de nombreux déterminants de la santé relèvent d'autres ministères. Ceux-ci sont parfois mentionnés dans les documents officiels, mais il ne semble pas y avoir de modalités de collaboration pour atteindre les objectifs communs.
- La Finlande a une politique distincte sur la pauvreté et l'exclusion sociale, mais, encore une fois, on ne trouve que peu de renseignements sur la façon dont la mise en œuvre des deux politiques est coordonnée.
- La forte décentralisation du gouvernement finlandais nuit à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le gouvernement national assure le leadership dans tout le pays, mais la plupart des programmes et des services relèvent des municipalités. Les politiques élaborées à l'échelle nationale ne servent qu'à imprimer une orientation générale et ne comportent pas de directives exécutoires. Il est donc difficile de savoir si les municipalités finlandaises disposent de moyens suffisants pour relever les défis d'une approche globale de la santé de la population.

3.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Finlande est une république démocratique dotée d'un régime parlementaire. Son parlement monocaméral, l'Eduskunta, compte 200 députés élus pour quatre ans dans le cadre d'un système de représentation proportionnelle. Le pays est subdivisé en 6 provinces et 416 municipalités. Celles-ci sont investies du pouvoir de percevoir des impôts et sont responsables de la prestation d'une vaste gamme de programmes et de services. Les décisions sont prises sur une base démocratique aussi bien à l'échelle nationale qu'au niveau municipal.

La Finlande a été l'un des premiers pays à établir une politique nationale sur la santé de la population. En 1982, elle a fait œuvre de pionnière relativement à la mise au point de la Stratégie mondiale de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé.

- Le **gouvernement national** adopte des lois, élabore les grandes politiques nationales et en supervise la mise en œuvre. Il a des responsabilités dans tous les domaines liés à la santé de la population, et notamment les soins de santé, les affaires sociales, l'éducation, le travail, l'environnement et la justice³².

³² Finnish government, *Facts about the Government*, <http://www.government.fi/tietoa-valtioneuvostosta/perustietoa/en.jsp>.

- Les **municipalités** ont également des responsabilités étendues. À titre d'entités autonomes, elles peuvent s'acquitter de différentes fonctions, mais doivent se conformer à des obligations législatives. Les lois nationales énumèrent les fonctions dont les municipalités peuvent s'occuper si elles le souhaitent. Si elles choisissent de le faire, elles doivent alors respecter les dispositions législatives nationales correspondantes. Les responsabilités municipales les plus importantes comprennent l'aide sociale, les soins de santé, l'éducation et la culture. Les municipalités sont également chargées de l'entretien des voies publiques et de certaines fonctions de gestion environnementale, dont l'aménagement du territoire, la réglementation de la construction, la protection de l'environnement et la gestion des déchets³³.

D'après un expert finlandais, le pays a fait depuis 1993 une transition « radicale » entre la planification centralisée et une décentralisation « extrême ». Pour lui, ce virage a été à la fois remarquable et singulière en fonction des critères internationaux. Par conséquent, les municipalités sont aujourd'hui les premières responsables du fonctionnement du système de santé³⁴. Cette décentralisation poussée rend particulièrement difficiles l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population en Finlande³⁵.

3.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

La Finlande a été l'un des premiers pays à établir une politique nationale sur la santé de la population. En 1982, elle a fait œuvre de pionnière relativement à la mise au point de la Stratégie mondiale de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé³⁶. Pour la Finlande, l'adoption de cette stratégie représentait une tentative ambitieuse de faire les choses différemment, mais elle admettait en même temps qu'une expansion constante des soins de santé ne permettrait pas nécessairement d'aboutir à de meilleurs résultats³⁷.

En 1987, le gouvernement a élaboré sa propre politique sur la santé de la population, qu'elle a rendue publique dans le rapport *Health for All by 2000 – the Finnish National Strategy*. Allant au-delà des soins de santé, sa stratégie prévoyait 34 mesures visant quatre cibles : 1) augmenter la longévité (en réduisant le nombre de décès prématurés); 2) améliorer l'état de santé (en réduisant l'incidence des maladies chroniques, des accidents et d'autres problèmes de santé); 3) prolonger la durée de la vie

³³ Ministry of the Interior, Finnish Government, *Legislation on Local Government in Finland*, 2007, <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/15984682D7D068C0C2256B81003A62D1?opendocume nt>.

³⁴ Simo Kokko, « The Process of Developing Health for all Policy in Finland, 1981-1995 », *Exploring Health Policy Development in Europe*, Organisation mondiale de la santé, éd. Anna Ritsatakis et coll., 2000, p. 27-40, http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_37.

³⁵ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/promo/index.htm>.

³⁶ Simo Kokko (2000), *op. cit.*

³⁷ *Ibid.*

active (en permettant aux gens de conserver plus longtemps leur santé et leurs capacités fonctionnelles, tout en jouissant d'un niveau de vie adéquat); 4) réduire les disparités en santé parmi les groupes de la population (en diminuant les écarts de santé selon le sexe, le groupe socioéconomique et le lieu de résidence). Le gouvernement a entrepris la mise en œuvre de la stratégie et a créé et financé un programme spécial de recherche pour suivre les tendances relatives à l'état de santé et aux disparités fondées sur la situation socioéconomique.

À l'époque, les municipalités avaient la possibilité d'exploiter d'une façon exceptionnelle la coopération intersectorielle dans le domaine de la santé de la population. En effet, au cours des années 1980, toutes les municipalités avaient été tenues de créer deux organismes : un conseil intersectoriel de promotion de la santé chargé de coordonner les soins de santé, le travail des écoles, l'emploi des jeunes et les sports, et un conseil pour la réadaptation chargé de coordonner l'activité des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels dispensant directement des services liés à la santé à des personnes et des familles, de façon à éviter les renvois inutiles de patients d'un professionnel à l'autre. Pour favoriser la collaboration intersectorielle, le gouvernement a substitué aux crédits ciblés des subventions globales permettant aux municipalités d'utiliser les fonds en fonction des priorités locales. La coopération qui en a résulté entre le secteur de la santé et le secteur social s'est intensifié dans les années 1990 à mesure que les municipalités regroupaient l'administration de leurs programmes sociaux et de santé³⁸.

En 1993, l'OMS a réalisé un examen externe de la stratégie finlandaise de santé de la population. Les principales conclusions étaient les suivantes : 1) La stratégie était un peu trop axée sur le secteur de la santé; la participation d'autres secteurs et des consultations plus vastes en auraient facilité la mise en œuvre; 2) même si les experts et les décideurs souscrivaient à la stratégie de santé de la population, les principes sur lesquels elle se fondait n'ont pas suffisamment retenu l'attention des médias et n'ont pas été adéquatement expliqués au niveau de la base; 3) l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie ont été menées par des experts et des fonctionnaires selon une approche descendante sans que les municipalités soient associées au processus dès les premiers stades; 4) la stratégie a servi à légitimer l'action gouvernementale plutôt qu'à amorcer un processus national de mise au point de la politique sur la santé de la population; 5) la stratégie ne se fondait pas suffisamment sur des cibles quantifiées; 6) la mise en œuvre et la surveillance de la stratégie ont été confiées à un groupe trop restreint de fonctionnaires du secteur de la santé; elles auraient dû bénéficier de ressources financières et humaines plus étendues³⁹.

En 1995, la Finlande a adopté une loi imposant au gouvernement de déposer au Parlement tous les deux ans un rapport sur l'état de santé de la population. Le premier de ces rapports, paru en 1996, présentait un aperçu général des déterminants de la santé de la population finlandaise mettant en évidence les problèmes et les tendances. Une importante partie du rapport était consacrée à l'impact sur la santé des politiques d'autres

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

secteurs. Le rapport reconnaissait en outre la contribution des autres ministères à la santé et encourageait leur participation à la promotion et à la protection de la santé⁴⁰. Le deuxième rapport, déposé en 1998, présentait des renseignements sur les tendances de la santé, des maladies, des conditions sociales, des disparités en santé et en revenu, de l'exclusion sociale, de l'environnement de travail, des conditions de vie des enfants et des jeunes, etc. Il mentionnait également les contributions de tous les ministères et donnait des renseignements obtenus de différents organismes-cadres des secteurs de la protection sociale et de la santé. Ce deuxième rapport se distinguait par une vision globale de la santé de la population et de la sécurité sociale, qu'un seul ministère n'aurait pas été en mesure de présenter⁴¹.

En 2000, le gouvernement national a publié le rapport *Health 2015 Public Health Programme*, qui révisait et actualisait la politique nationale sur la santé de la population⁴². Le rapport maintient les quatre cibles générales (accroître l'espérance de vie, améliorer la santé, prolonger la vie active et réduire les disparités) et en ajoute huit autres. Les cinq premières visent des groupes particuliers de la population : santé des

enfants, tabagisme chez les jeunes, décès accidentels et violents chez les jeunes hommes, accroissement des capacités fonctionnelles et de travail de la population active et accroissement des capacités fonctionnelles des personnes de plus de 75 ans. Les trois autres intéressent l'ensemble de la population : prolonger l'espérance de vie en santé d'une moyenne de deux ans, maintenir la satisfaction des gens à l'égard des soins de santé et réduire les disparités en santé. Certaines des cibles sont quantitatives (comme la réduction du tabagisme parmi les jeunes de 16 à 18 ans à moins de 15 p. 100). D'autres sont moins précises (comme l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et une diminution sensible des symptômes et des maladies attribuables à l'insécurité). D'après les experts, la politique nationale sur la santé visant 2015 ne comprend que peu de détails sur le genre d'initiatives nécessaires pour atteindre les cibles⁴³. La politique souligne aussi la nécessité d'une collaboration multisectorielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'autres ministères, les municipalités, les universités, les entreprises, les collectivités et les particuliers.

En 2000, le gouvernement national a publié le rapport *Health 2015 Public Health Programme*, qui révisait et actualisait la politique nationale sur la santé de la population. La politique révisée souligne aussi la nécessité d'une collaboration multisectorielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'autres ministères, les municipalités, les universités, les entreprises, les collectivités et les particuliers.

⁴⁰ Council of State of Finland, *Public Health Report Finland 1996*, http://www.pia-phr.nrw.de/abstracts/sf/sf_649835.html.

⁴¹ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Social Welfare and Health Report*, 2000, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents13.htm>.

⁴² Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, 2001, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17.htm>.

⁴³ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

ascendante. Elle considère en outre l'inclusion sociale comme un objectif prioritaire. La politique fera l'objet d'un suivi exhaustif et d'une évaluation extérieure. Des indicateurs seront établis pour évaluer le degré de réalisation des cibles et seront intégrés dans les rapports sur la santé de la population qui seront produits tous les quatre ans⁴⁴.

À part ce document sur la santé qui vise 2015, la Finlande a des politiques, des stratégies et des plans d'action visant des domaines particuliers et assortis, dans certains cas, de leurs propres cibles. Il y a lieu de citer en exemple la Politique nationale sur le vieillissement visant 2001⁴⁵, la Stratégie antidrogue de 1997, le Plan d'action national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et l'Initiative de promotion de l'activité physique pour la santé. Ensemble, ces politiques et stratégies forment un cadre général pour l'amélioration de la santé globale de la population et la réduction des disparités en santé. Il est cependant difficile de déterminer dans quelle mesure leur mise en œuvre est coordonnée.

En mars 2007, le gouvernement finlandais a publié le dernier de sa série de rapports sur la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, qui devait être terminée vers la fin de l'année. Le document a pour but de cerner les domaines d'action et les mesures nécessaires pour atteindre la cible nationale de réduction des disparités socioéconomiques en santé, énoncée dans la politique nationale de la santé visant 2015. L'établissement du plan d'action incombe au ministère des Affaires sociales et de la Santé et au Conseil consultatif sur la santé publique. Le plan se fondera sur les sept éléments suivants :

En mars 2007, le gouvernement finlandais a publié le dernier de sa série de rapports sur la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, qui devait être terminée vers la fin de l'année. Le document a pour but de cerner les domaines d'action et les mesures nécessaires pour atteindre la cible nationale de réduction des disparités socioéconomiques en santé, énoncée dans la politique nationale de la santé visant 2015.

- 1) Renforcer les politiques sur la santé de la population et y intégrer les disparités en santé.
- 2) Intensifier les efforts de réduction des disparités en santé dans les municipalités.
- 3) Définir les politiques sur l'alcool et le tabac.
- 4) Favoriser l'équité dans les services publics.

⁴⁴ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁴⁵ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *A National Policy on Aging Up to 2001*, 1996, <http://pre20031103.stm.fi/english/pao/ageing1.htm>.

- 5) Réduire les disparités en santé parmi les enfants et les jeunes et prévenir l'exclusion sociale.
- 6) Réduire les disparités en santé parmi les personnes en âge de travailler.
- 7) Établir des systèmes de surveillance des disparités en santé parmi les différents groupes de la population⁴⁶.

Les éléments 1 et 2 portent sur l'intensité des efforts de mise en œuvre et sur les principes qui les sous-tendent. Les éléments 3 et 4 concernent les principaux déterminants des disparités en santé, tandis que les éléments 5 et 6 intéressent les principaux groupes ciblés de la population. Enfin, l'élément 7 a trait au système d'information nécessaire pour réaliser les politiques en cause et déterminer dans quelle mesure elles atteignent leurs objectifs⁴⁷.

3.4 Mise en œuvre

En vertu de la politique nationale sur la santé visant 2015, de nombreux intervenants participent à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé est responsable de la coordination globale de la politique et du rôle que doit jouer chacun des principaux intervenants. Il est également chargé de collaborer étroitement avec les municipalités afin de les aider à atteindre les cibles. La politique souligne la nécessité d'appuyer les municipalités dans leurs activités de promotion de la santé, de surveillance et d'évaluation. Elle encourage en outre les municipalités à collaborer plus étroitement les unes avec les autres. De plus, le ministère des Affaires sociales et de la Santé doit travailler de concert avec d'autres ministères concernés au renforcement du rôle de promotion de la santé du secteur des affaires et de l'industrie. Les organisations non gouvernementales doivent contribuer, au niveau communautaire, aux efforts de promotion de la santé, tandis que les particuliers sont encouragés à jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur propre santé.

Certains s'inquiètent du fait qu'à l'exception du secteur de la santé, le niveau national n'a aucun rôle opérationnel et que le ministère des Affaires sociales et de la Santé est le seul organisme national qui ait des responsabilités explicites⁴⁸. On ne sait pas encore de quelle façon le plan d'action national de réduction des disparités en santé sera élaboré ni quels ministères seront chargés de sa mise en œuvre.

⁴⁶ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, 20 mars 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/health_inequalities_action_plan_2007.pdf.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/hprom/index.htm>.

3.5 Surveillance et évaluation

La Finlande suit depuis longtemps l'état de santé de la population et l'incidence des maladies en réalisant des enquêtes et en tenant des registres à l'échelle nationale. La masse de données recueillies a facilité la surveillance de la politique finlandaise sur la santé de la population. Les rapports présentés au Parlement à ce sujet sont complets, couvrant différents secteurs et paliers de gouvernement. Ils se basent sur des dispositions législatives imposant à tous les ministères de déclarer leurs activités liées à la santé. Certains croient

La Finlande suit depuis longtemps l'état de santé de la population et l'incidence des maladies en réalisant des enquêtes et en tenant des registres à l'échelle nationale. La masse de données recueillies a facilité la surveillance de la politique finlandaise sur la santé de la population. Les rapports présentés au Parlement à ce sujet sont complets, couvrant différents secteurs et paliers de gouvernement. Ils se basent sur des dispositions législatives imposant à tous les ministères de déclarer leurs activités liées à la santé.

cependant que la politique nationale de la santé visant 2015 ne fixe que peu de cibles précises et qu'il est de ce fait difficile d'en surveiller la mise en œuvre⁴⁹.

Au chapitre de la recherche, l'Académie de Finlande dirige actuellement un programme national de recherche sur les disparités en santé. De plus, trois instituts nationaux de recherche (Institut national de la santé publique, Centre national de recherche et de développement sur la santé et le bien-être et Institut finlandais de la santé au travail) ont récemment entrepris un projet de recherche conjoint sur les disparités en santé – projet TEROKA – auquel participent des chercheurs de différentes disciplines, dont l'épidémiologie, la recherche sur les services de santé, la politique sociale, la sociologie médicale, la médecine et la nutrition. Le projet a pour but de renforcer la recherche, de favoriser les partenariats visant à réduire les disparités en santé, de mettre au point des moyens pratiques de mesurer les effets des interventions sur la santé de la population (étude d'impact), de sensibiliser les décideurs et de les inciter à établir des politiques de réduction des disparités en santé⁵⁰.

Toutefois, pour certains experts, la fixation de cibles et de buts ambitieux et l'acquisition de nouvelles connaissances épidémiologiques grâce à la recherche et au développement de grandes bases de données ne suffisent pas en soi pour inciter le gouvernement à agir. Il semble cependant que les efforts déployés pour améliorer la santé de l'ensemble de la population aient été couronnés de succès en Finlande. Par contre, la lutte contre les disparités en santé n'a pas porté fruit par suite du manque d'engagement des différents intervenants chargés de mettre en œuvre la politique de santé et la politique sociale. Il est évident que les systèmes de promotion de l'égalité en santé doivent être améliorés⁵¹.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ TeroKa, <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pccontent=1&task=view&id=71&Itemid=102>.

⁵¹ Hannele Palosuo, *Reducing Inequalities in Health in Finland*, Finnish Institute of Occupational Health, 4 juin 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/HOPE_HP_010607.pdf.

4.1 Principales constatations

- La Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, adoptée en 2000, porte expressément sur les disparités et sur la santé de la population tout entière, mais sa mise en œuvre se limite aux mesures prises par le secteur de la santé.
- Une attention spéciale est accordée aux Maoris, qui font l'objet de stratégies et de plans d'action établis sous l'angle de la santé de la population.
- À la suite d'une restructuration, des organismes régionaux – les commissions de santé de district – se sont vu attribuer une responsabilité accrue à l'égard de la santé de la population et ont reçu le pouvoir de déterminer les priorités. Ces commissions sont tenues par la loi de faire rapport au ministre de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie et sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles fixées.
- Le Comité consultatif de la santé publique cherche activement à faire en sorte que les mesures visant la santé de la population ne soient plus limitées au secteur de la santé, surtout grâce à l'utilisation des études d'impact sur la santé.
- Des modifications aux lois sur la santé publique ont été déposées au Parlement à la fin de 2007 pour encourager l'utilisation des études d'impact sur la santé à l'échelle des ministères et des organismes gouvernementaux.

4.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Nouvelle-Zélande est une monarchie constitutionnelle et un État unitaire doté d'un régime parlementaire. Son seul organe législatif est la Chambre des représentants, composée de 120 députés et communément appelée le Parlement. Le gouvernement a deux branches : nationale et locale. Les administrations locales sont indépendantes, mais subordonnées au gouvernement national; elles se composent principalement de trois types d'institutions qui ont été créées avec l'autorisation du gouvernement national et qui ont reçu leurs pouvoirs du Parlement : les conseils régionaux, les autorités locales territoriales et les commissions de santé de district. Bien que les autorités locales s'occupent de recueillir une grande partie de leurs ressources financières, le gouvernement national subventionne certaines activités ciblées (notamment les services de santé et la construction et l'entretien des routes).

- Le **gouvernement national** est responsable des lois, des politiques nationales et des activités dans les domaines liés à la santé de la population, par exemple l'éducation, la formation, l'emploi, la fiscalité, la politique financière et économique, la protection sociale et les services sociaux. La politique nationale en matière de santé est établie au Parlement, mais la plupart des services relèvent des commissions de santé de district, qui jouissent d'une certaine latitude dans le mode de prestation et les points à cibler.

- Il existe 16 **conseils régionaux** (et un territoire), qui recouvrent pour la plupart plusieurs villes ou districts. Ils sont responsables des dossiers de l'environnement et des transports publics, notamment la politique de gestion des ressources et les permis relatifs à l'utilisation et à la mise en valeur des ressources naturelles et physiques; les systèmes d'évacuation (terre, air, eau) et la répartition de l'eau; la lutte antiparasitaire et les aspects stratégiques de la biosécurité; la régularisation des crues; la gestion des situations d'urgence et la protection civile au niveau régional; la planification et la coordination régionales du transport terrestre; l'élimination régionale des déchets dangereux; l'administration des ports.
- Il existe 76 **autorités locales territoriales**, composées de conseils municipaux (principalement urbains) ou de district (ruraux ou à la fois ruraux et urbains). Les conseils municipaux et de district offrent toute une gamme de services visant le bien-être et le développement de la collectivité. Ils sont notamment responsables de l'infrastructure (routes, transport, égouts, eau et eaux pluviales), des activités récréatives et culturelles (p. ex. bibliothèques publiques) ainsi que de la sécurité et de l'hygiène du milieu (contrôle des bâtiments, gestion des situations d'urgence, protection civile et salubrité de l'environnement)⁵².
- Le secteur des soins de santé de la Nouvelle-Zélande a été restructuré à quatre reprises entre 1989 et 2001, ce qui a finalement donné lieu à la création de 21 **commissions de santé de district**. Les commissions ont pour mandat officiel d'améliorer, de promouvoir et de protéger la santé des collectivités, de promouvoir l'intégration des services de santé, notamment les soins primaires et secondaires, et d'assurer des soins ou un soutien efficaces aux malades ou aux personnes handicapées. Elles sont chargées de fournir directement ou de financer des services de soutien aux personnes handicapées et des services de santé dans leur district.

4.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

La Nouvelle-Zélande s'est dotée d'une politique sur la santé de la population par l'adoption progressive d'une série de mesures, qui a commencé en 1989 lorsque le gouvernement national a fixé 10 buts en matière de santé – visant des facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool et hypertension), des maladies (cardiopathie ischémique, maladies du cœur, AVC, cancer du col de l'utérus et mélanome) et des blessures non intentionnelles – et a accepté de rendre compte régulièrement des progrès accomplis dans la réalisation de ces buts⁵³.

⁵² John Wilson, « Government and Nation », *Te Ara – the Encyclopedia of New Zealand*, mis à jour le 26 septembre 2006, <http://www.TeAra.govt.nz/NewZealandInBrief/GovernmentAndNation/en>.

⁵³ Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons, A report to NHS Health Scotland*, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

En 1994, le gouvernement national a adopté un document d'orientation stratégique pour l'amélioration et la protection de la santé publique, son premier énoncé de politique axé sur la santé de la population. Ce document fixait 56 cibles en matière de santé⁵⁴. Trois ans plus tard, le gouvernement a publié un autre rapport, qui soulignait l'importance de maintenir la politique de 1994 sur la santé de la population en conservant et en mettant à profit les programmes déjà entrepris. Selon ce rapport, les mesures de santé de la population sont des initiatives de longue haleine, surtout lorsqu'il s'agit de changer les attitudes et les comportements qui agissent sur les déterminants fondamentaux de la santé⁵⁵.

En 1994, le gouvernement national a adopté un document d'orientation stratégique pour l'amélioration et la protection de la santé publique, son premier énoncé de politique axé sur la santé de la population. Ce document fixait 56 cibles en matière de santé.

En 1998, le Comité national de la santé, organe consultatif auprès du ministre de la Santé, a publié un document sur les déterminants de la santé et les disparités existantes en Nouvelle-Zélande en recommandant d'autres actions de la part du gouvernement⁵⁶. Voici les principales constatations du document :

- Les facteurs sociaux, culturels et économiques sont les principaux déterminants de la santé.
- Des disparités persistent en raison de situations socioéconomiques différentes; certaines données portent à croire que ces disparités s'aggravent en Nouvelle-Zélande.
- Il existe de bonnes raisons d'intervenir pour réduire les disparités socioéconomiques en santé.
- Des données indiquent que des interventions précises peuvent réduire ces disparités.
- Le ministre de la Santé peut jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de politiques visant à réduire les disparités en santé.
- Le ministre de la Santé peut exiger des études d'impact sur la santé lorsque des changements sont proposés et apportés aux politiques macroéconomiques et sociales et peut collaborer avec d'autres ministres à la mise en œuvre d'une politique générale sur la santé de la population.

En 1999, le ministre de la Santé a publié un rapport exhaustif sur les inégalités sociales en santé, particulièrement chez les Maoris et les peuples du Pacifique⁵⁷. Un an

⁵⁴ New Zealand Public Health Commission, *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health: The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health 1993-1994*, 1994.

⁵⁵ New Zealand Ministry of Health, *Strengthening Public Health Action: the Strategic Direction to Improve, Promote and Protect Public Health*, Wellington, 1997.

⁵⁶ New Zealand National Health Committee (National Advisory Committee on Health and Disability), *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*, Wellington, juin 1998, <http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/0/BC21C8CFF2D8D5DFCC2572AC0016BBC7>.

⁵⁷ New Zealand Ministry of Health, *Social Inequalities in Health, New Zealand 1999*, Wellington, septembre 2000.

plus tard, le Parlement a adopté la Loi néo-zélandaise sur la santé publique et le soutien aux personnes handicapées⁵⁸. Un de ses objectifs, qui concernait tout spécialement la santé de la population, consistait à obtenir les meilleurs résultats dans le domaine de la santé et du soutien aux personnes handicapées et à réduire les disparités entre les groupes de la population. La Loi constituait les commissions de santé de district et les obligeait à donner une place importante à la santé de la population lorsqu'elles financent ou fournissent des services (prévention, intervention précoce, traitement et services de soutien) pour une population géographiquement définie. Le ministère de la Santé a mis au point des trousseaux de pratiques exemplaires pour guider les commissions⁵⁹. La Loi prévoyait en outre que le gouvernement national devait établir une stratégie de santé et une stratégie de soutien aux personnes handicapées pour la Nouvelle-Zélande et présenter au Parlement un rapport annuel sur les progrès de leur mise en œuvre.

Un an plus tard, à la fin de 2000, le gouvernement national a lancé la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé⁶⁰, qui modifiait la politique gouvernementale sur la santé de la population et fixait 10 nouveaux buts et 61 objectifs visant : 1) un environnement social sain; 2) la réduction des inégalités en santé; 3) l'évolution des Maoris en santé; 4) un environnement physique sain; 5) des collectivités, des familles et des personnes en santé; 6) des modes de vie sains; 7) une meilleure santé mentale; 8) une meilleure santé physique; 9) la prévention des blessures; 10) des soins de santé accessibles et appropriés. Sur les 61 objectifs, 13 concernant la santé de la population ont été choisis pour être réalisés à court ou à moyen terme :

- réduire le tabagisme;
- améliorer l'alimentation;
- réduire l'obésité;
- augmenter le niveau d'activité physique;
- réduire le taux de suicides et de tentatives de suicide;
- diminuer les torts causés, à l'échelle individuelle et collective, par la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments;
- réduire l'incidence et l'impact du cancer;
- réduire l'incidence et l'impact des maladies cardiovasculaires;
- réduire l'incidence et l'impact du diabète;
- améliorer la santé bucco-dentaire;
- réduire la violence dans les relations interpersonnelles, les familles, les écoles et les collectivités;
- améliorer l'état de santé des personnes ayant une grave maladie mentale;

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/8201789aa066f8d7ca2570bb006b5d4d1467172c5746e07c7125709620e01b7ce?OpenDocument>.

⁵⁸ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, décembre 2000,

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/8201789aa066f8d7ca2570bb006b5d4d1467172c5746e07c7125709620e01b7ce?OpenDocument>.

⁵⁹ New Zealand Ministry of Health, *New Zealand Health Strategy – DHB Toolkits*, <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/Default.htm>.

⁶⁰ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, Wellington, décembre 2000, <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>.

- assurer l'accès aux services de santé pertinents pour les enfants, notamment les soins aux enfants et à la famille et la vaccination⁶¹.

La Stratégie établissait des paramètres permettant au secteur de la santé d'améliorer la santé générale des Néo-Zélandais et de réduire les inégalités au sein de la population, tout particulièrement chez les Maoris, les peuples du Pacifique et les Néo-Zélandais à faible revenu. Elle a conduit notamment à la mise en œuvre de la Stratégie pour la santé des Maoris, *He Korowai Oranga*, et du Plan d'action pour la santé des peuples du Pacifique⁶².

Mais surtout, la loi de 2000 a mené à la création du Comité consultatif sur la santé publique. Ce comité, qui relève du ministre de la Santé par le truchement du Comité national de la santé, a pour rôle de donner des avis indépendants sur les facteurs qui interviennent dans la santé des citoyens et des collectivités et sur la promotion et la surveillance de la santé de la population. Dans les années qui ont suivi sa création, le Comité consultatif est devenu un ardent défenseur de l'approche pangouvernementale de la santé de la population, particulièrement soucieux de réduire les inégalités, d'améliorer la santé des Maoris et de favoriser une collaboration intersectorielle.

En 2001, le gouvernement national a lancé la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour les personnes handicapées⁶³, qui préconise une action interministérielle en faveur d'une société plus inclusive. Cette stratégie exige des ministères et organismes gouvernementaux qu'ils tiennent compte de la condition des personnes handicapées dans l'élaboration des politiques et des documents du Cabinet. Les principaux ministères et organismes concernés sont tenus de présenter un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie⁶⁴.

Un an plus tard, le gouvernement national a publié le rapport *Reducing Inequalities in Health*, qui présentait un cadre d'intervention et des principes à l'intention des décideurs nationaux, régionaux et locaux ainsi que des fournisseurs de services et des groupes communautaires qui cherchaient à réduire les inégalités en santé⁶⁵. Bien que destiné au secteur

Un an plus tard, le gouvernement national a publié le rapport *Reducing Inequalities in Health*, qui présentait un cadre d'intervention et des principes à l'intention des décideurs nationaux, régionaux et locaux ainsi que des fournisseurs de services et des groupes communautaires qui cherchaient à réduire les inégalités en santé.

⁶¹ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, décembre 2000, <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>.

⁶² New Zealand Ministry of Health, *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy*, Wellington, novembre 2002,

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/8221e7d1c52c9d2ccc256a37007167df?OpenDocument>; New Zealand Ministry of Health, *The Pacific Health and Disability Action Plan*, Wellington, février 2002, <http://www.moh.govt.nz/publications/pacificactionplan>.

⁶³ New Zealand Ministry of Disability Issues, *The New Zealand Disability Strategy: Making a World of Difference*, Wellington, avril 2001, <http://www.od.govt.nz/publications/nzds/index.html>.

⁶⁴ New Zealand Office for Disability Issues, *Work Plan 2007-2008 and Report on Progress 2006-2007*, <http://www.od.govt.nz/nzds/work-plans/2007/index.html>.

⁶⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*, Wellington, septembre 2002, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/523077dddeed012dec256c550003938b?OpenDocument>.

de la santé et du soutien aux personnes handicapées, le rapport soulignait l'importance de facteurs sur lesquels ce secteur n'a pas de prise directe. Il mentionnait notamment que le ministère des Finances, les secteurs de l'aide sociale, de l'éducation, du logement et du marché du travail de même que les administrations locales pourraient contribuer grandement à réduire les inégalités en santé. Le cadre d'intervention comportait quatre niveaux :

- **Facteurs structurels** : initiatives qui s'attaquent aux causes fondamentales des inégalités en santé, à savoir les facteurs sociaux, économiques, culturels et historiques qui ont un effet fondamental sur la santé. Il s'agit par exemple de l'accès équitable à l'éducation, au marché du travail, au logement et à d'autres services sociaux.
- **Facteurs intermédiaires** : action visant les facteurs matériels, psychosociaux et comportementaux qui agissent indirectement sur la santé. Donner accès à des ressources matérielles, promouvoir un mode de vie sain, améliorer l'environnement physique et social, voilà des exemples de mesures qui entrent dans cette catégorie (logement public, villes saines, interventions en milieu de travail, programmes de développement communautaire, politiques de transport et protection de la santé).
- **Impact** : réduction de l'impact des maladies et des handicaps au moyen, par exemple, d'un soutien du revenu, d'allocations aux personnes handicapées, d'indemnités pour accident du travail et de mesures législatives contre la discrimination.
- **Accès équitable aux services de santé et de soutien aux personnes handicapées.**

En 2003, le gouvernement national a publié *Achieving Health for all People*, cadre d'action détaillé sur la santé de la population pour la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé⁶⁶. Il faisait état des domaines d'action du ministère de la Santé, des autres organismes gouvernementaux et nationaux responsables de l'élaboration des politiques, des commissions de santé de district, des conseils régionaux, des établissements d'enseignement, des organisations non gouvernementales, etc., relativement à cinq grands objectifs :

- Renforcer le leadership en matière de santé de la population à tous les niveaux et dans tous les secteurs.
- Favoriser la bonne santé de la population grâce à des services et à des mesures de santé publique dans l'ensemble du secteur de la santé.
- Établir des collectivités en santé et des environnements sains.
- Faire une meilleure utilisation des recherches et des évaluations dans l'élaboration des politiques et des pratiques en santé de la population.
- Réaliser des progrès mesurables en ce qui concerne la santé de la population.

⁶⁶ New Zealand Ministry of Health, *Achieving Health for all People: A Framework for Public Health Action for the New Zealand Health Strategy*, Wellington, octobre 2003, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/2733?Open>.

En 2004, le Comité consultatif sur la santé publique a publié *A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health*⁶⁷, qui démontrait l'existence de grandes disparités dans la santé de la population néo-zélandaise. Le document indiquait que les mesures visant à corriger ces disparités étaient plus susceptibles de porter fruit si elles s'articulaient autour du lien entre la situation socioéconomique et la santé et si elles prévoyaient un éventail de stratégies combinant des approches universelles et ciblées. En outre, il signalait que la collaboration intersectorielle était indispensable pour aborder les déterminants fondamentaux de la mauvaise santé, et que son efficacité devait être évaluée régulièrement par des études d'impact sur la santé. Il recommandait par conséquent une approche pangouvernementale pour la coordination et la surveillance d'une politique visant à réduire les disparités en santé, la première étape étant la réduction de la pauvreté chez les enfants.

En 2006, le Comité consultatif sur la santé publique a présenté un nouveau rapport au ministre de la Santé, *Health is Everyone's Business*⁶⁸. Il recommandait là aussi une approche pangouvernementale de l'amélioration de la santé en précisant que les organismes gouvernementaux centraux et locaux devaient assumer la responsabilité des résultats en matière de santé découlant de leurs actions. Il recommandait en outre l'utilisation d'études d'impact sur la santé et l'établissement de mécanismes intersectoriels pour bien coordonner une action concertée aux niveaux national, régional et local.

Le Comité consultatif sur la santé publique a également souligné que les études d'impact sur la santé permettent de prendre systématiquement en compte l'évaluation des incidences des politiques gouvernementales sur la santé et les inégalités en santé dans les pratiques courantes d'élaboration des politiques de tous les secteurs. Il a recommandé que ces études soient expressément reconnues dans les lois sur la santé publique^{69 70}. Le gouvernement national a répondu favorablement à cette recommandation en 2007 par l'adoption d'un projet de loi sur la santé publique, qui intégrait aux lois en la matière des dispositions sur l'utilisation des études d'impact sur la santé. Ces dispositions, qui sont

⁶⁷ Public Health Advisory Committee, *The Health of People and Communities – A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, octobre 2004, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-public-policy-economic-determinants?Open>.

⁶⁸ Public Health Advisory Committee, *Health is Everyone's Business – Working Together for Health and Wellbeing, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, juin 2006, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-health-is-everyones-business?Open>.

⁶⁹ Public Health Advisory Committee, *Health Impact Assessment – A Report on the Work of the Public Health Advisory Committee, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, août 2006, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-hia-advice-to-minister>.

⁷⁰ Il y a lieu de signaler que le Comité consultatif sur la santé a produit en 2004 un guide pour l'utilisation des études d'impact sur la santé et en 2007 un document d'accompagnement : *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*, 2^e édition, Wellington, juin 2005, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>; *An Idea Whose Time Has Come – New Opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand Public Policy and Planning*, Wellington, février 2007, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-idea-whose-time-has-come>.

habilitantes mais non impératives, encouragent le recours aux études d'impact dans l'élaboration de nouvelles propositions de politique et dans les processus décisionnels⁷¹.

4.4 Surveillance et évaluation

Les indicateurs de la santé et les inégalités en santé ont fait l'objet de nombreuses études en Nouvelle-Zélande. Le directeur général de la Santé et le ministre présentent un rapport au Parlement tous les ans, le premier sur l'état de santé de la nation et le second sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé. Ces rapports annuels reposent dans une certaine mesure sur les renseignements fournis par les études d'impact dans le cadre des mécanismes d'information standard sur les cibles en matière de santé⁷².

Les indicateurs de la santé et les inégalités en santé ont fait l'objet de nombreuses études en Nouvelle-Zélande.

Le ministre de la Condition des personnes handicapées est tenu, lui aussi, de présenter un rapport annuel au Parlement sur la mise en œuvre de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour les personnes handicapées. En 2006-2007, 41 ministères et organismes gouvernementaux ont participé à ce processus d'information⁷³.

En outre, le ministre du Développement social et de l'Emploi publie annuellement *The Social Report*, qui donne une série d'indicateurs du mieux-être social et économique applicables à dix domaines liés à la santé de la population : santé; connaissances et compétences; travail rémunéré; niveau de vie économique; droits civils et politiques; identité culturelle; loisirs; environnement physique; sécurité; réseau social⁷⁴.

Malgré certaines limites constatées dans les méthodes de collecte des données et dans la qualité des données disponibles sur la santé et le mieux-être social, les données révèlent clairement l'existence d'inégalités en santé sous les aspects suivants : situation socioéconomique; identité ethnique; lieu de résidence; sexe⁷⁵. Pour cette raison, le Comité consultatif sur la santé publique préconise depuis des années une vaste approche de la santé de la population qui ne soit plus limitée au secteur de la santé, mais englobe aussi les principaux ministères et organismes gouvernementaux concernés.

⁷¹ New Zealand Ministry of Health, *Summary of the Public Health Bill*, décembre 2007, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/summary-public-health-bill>.

⁷² Depuis la création de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, le ministre de la Santé a présenté six rapports au Parlement. On peut les consulter à l'adresse suivante : <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/implementing-nz-health-strategy>.

⁷³ Les rapports annuels sur les progrès de la mise en œuvre sont produits par le New Zealand Office of Disability Issues et accessibles à l'adresse <http://www.odl.govt.nz/nzds/progress-reports/>.

⁷⁴ New Zealand Ministry of Social Development, *The Social Report 2007*, Wellington, 2007, <http://www.socialreport.msd.govt.nz/>.

⁷⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*.

CHAPITRE 5 : Norvège

5.1 Principales constatations

- La Norvège est une nation de gens en santé et, par tradition, un État providence. Cependant, son classement international pour l'espérance de vie a baissé au cours des dernières années, déclin qui s'explique par les progrès insuffisants réalisés dans le choix des modes de vie (p. ex. tabagisme, alimentation et activité physique).
- Au départ, les mesures de santé de la population étaient surtout axées sur la qualité de vie, ce qui imposait à chacun la responsabilité première d'améliorer sa santé. Par la suite, une réorientation de la politique a donné lieu à un meilleur équilibre entre la responsabilité individuelle et le rôle de la collectivité pour ce qui est de rendre plus facile et plus attrayante l'adoption d'un mode de vie sain. La Norvège n'a commencé que récemment à s'attaquer aux disparités en santé; auparavant, l'accent était plutôt mis sur la réduction de la pauvreté chez les groupes vulnérables.
- En 2007, le gouvernement norvégien a déposé au Parlement la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé, livre blanc considéré comme le volet santé du vaste effort gouvernemental déployé pour accroître l'équité sociale. Le livre blanc met l'accent sur l'éducation, le travail et le revenu; la responsabilité générale de sa mise en œuvre relève du ministère de la Santé.
- Ce livre blanc ainsi que la politique sur le travail, la protection sociale et l'inclusion, le plan d'action pour combattre la pauvreté et la politique sur l'intervention précoce pour l'apprentissage continu forment un train de mesures complet visant à améliorer la santé des Norvégiens et à réduire les disparités. Le système de santé de la population se répartit en trois niveaux; le rôle principal revient aux municipalités. La collaboration interministérielle et intersectorielle fait partie intégrante de l'approche adoptée en Norvège pour favoriser la santé de la population.

5.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Norvège est une monarchie constitutionnelle à régime parlementaire. Le parlement norvégien, le Storting, compte 165 représentants. Le pays a trois niveaux de gouvernement : le gouvernement national, 19 comtés et 434 municipalités. Ces trois niveaux se partagent la responsabilité de la santé de la population. Le gouvernement national établit la politique générale dans ce domaine, élabore et supervise les lois pertinentes et s'occupe de recueillir et d'allouer les fonds, tandis que les comtés (régions) et les municipalités fournissent les services et les programmes.

- Le **gouvernement national** est responsable de l'assurance sociale, des services sociaux, des services de santé spécialisés, des services sociaux spécialisés (protection de l'enfance et lutte contre la toxicomanie/l'abus d'alcool), de l'enseignement supérieur et des universités, du marché du travail, des réfugiés et des immigrants, du réseau routier national, du réseau ferroviaire, de l'agriculture, de l'environnement, de la justice, des forces armées et de la politique étrangère.
- Les **comtés** sont chargés des soins dentaires, de l'enseignement secondaire, du développement régional, de l'approvisionnement en énergie, des routes de comté, du transport en commun, de l'aménagement régional, de l'expansion des entreprises, des communications et de la culture (musées, bibliothèques, activités sportives).
- Les **municipalités** s'occupent de la promotion de la santé, des soins de santé primaires, des soins aux personnes âgées, des soins aux personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentalement), des pouponnières et des maternelles, des écoles primaires, des services sociaux (protection de l'enfance, protection sociale, réadaptation des toxicomanes et alcooliques), de la gestion de l'eau, de la culture locale, de l'aménagement local (aménagement du territoire) et de l'infrastructure (routes et ports locaux)⁷⁶.

Les municipalités tirent le gros de leurs revenus des impôts des particuliers et des sociétés ainsi que des impôts fonciers (43 p. 100). Elles peuvent également exiger des frais d'utilisation pour leurs services. Les comtés peuvent seulement percevoir des impôts sur le revenu (42 p. 100 de leurs revenus). Le droit des municipalités et des comtés de lever des impôts est limité par un taux maximal que fixe annuellement le Storting (actuellement, 13,2 p. 100 pour les municipalités et 2,6 p. 100 pour les comtés). Les municipalités et les comtés reçoivent des subventions générales et spécifiques du gouvernement national. Les paiements de transfert qui viennent du gouvernement national représentent 34 p. 100 des revenus des comtés et 47 p. 100 de ceux des municipalités⁷⁷.

⁷⁶ Ministry of Local Government and Regional Development, *Local Government in Norway*, dépliant d'information, mars 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/krd/documents/handbooks/2007/Informasjon+om+lokal+government-og.html?id=88088>.

⁷⁷ *Ibid.*

5.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

En 2007, le gouvernement a déposé au Storting un livre blanc dans lequel il présentait sa Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé⁷⁸. Ce document propose un plan décennal innovateur pour l'élaboration d'une approche nationale, globale et intersectorielle de la santé de la population, qui est l'aboutissement d'efforts entrepris il y a une vingtaine d'années pour améliorer la santé de la population.

En 2007, le gouvernement a déposé au Storting un livre blanc dans lequel il présentait sa Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. Ce document propose un plan décennal innovateur pour l'élaboration d'une approche nationale, globale et intersectorielle de la santé de la population, qui est l'aboutissement d'efforts entrepris il y a une vingtaine d'années pour améliorer la santé de la population.

En 1985, le gouvernement norvégien a souscrit aux principes de la stratégie « Les buts de la santé pour tous » de l'Organisation mondiale de la santé et, en 1987, a publié un document sur la santé pour tous en Norvège, qui énonçait 38 cibles relativement au mode de vie, aux soins de santé et à l'environnement. La même année, il a produit un livre blanc, *Health Policy Towards the Year 2000*, qui présentait la santé préventive comme un nouvel enjeu important. Ce document était suivi, en 1991, de *More Good Years for All*, qui lui aussi mettait en relief la prévention des maladies et des blessures. En 1993, il publiait un autre livre blanc, *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, qui montrait l'importance de l'action intersectorielle pour la santé de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies. L'accent était mis sur les problèmes psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques, les accidents, les blessures, l'asthme, les allergies et les maladies induites par l'environnement intérieur⁷⁹. En 1997, le rapport *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work* a été déposé au Storting⁸⁰. Il préconisait une approche municipale et montrait clairement la responsabilité des autorités locales en matière de santé de la population.

⁷⁸ Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health, Report No. 20 (2006-2007) to the Storting*, 9 février 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeId/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505&epslanguage=EN-GB>.

⁷⁹ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁸⁰ Siri Petrine Hole, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work*, version abrégée de NOU 1998: 18 (I-0949 E), Ministry of Health and Care Services, Norvège, mai 1997, http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/rapporter_planer/rapporter/2000/Use-for-Everyone/1.html?id=420063.

En 2003, le gouvernement national a publié un nouveau livre blanc intitulé *Prescriptions for a Healthier Norway*⁸¹. La politique proposée visait un double objectif : prolonger l'espérance de vie de l'ensemble de la population et aplanir les disparités en santé entre les classes sociales, les groupes ethniques ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Le livre blanc proposait quatre « prescriptions » : 1) aider les gens à prendre en main leur propre santé; 2) créer des

En 2005, le gouvernement a produit le document *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*. Ce plan d'action était la première d'une série de mesures prises pour préparer le terrain à l'élaboration d'une stratégie nationale et intersectorielle sur le même thème. Il indiquait que, pour améliorer la santé de la population et assurer l'équité en santé, il fallait élaborer des stratégies générales axées sur la population, précisant qu'il ne suffisait pas d'axer les efforts sur une stratégie à risque élevé qui répondrait uniquement aux besoins des plus démunis.

partenariats entre le gouvernement national, les conseils de comté, les municipalités, les organisations bénévoles privées, les universités, les collèges, etc. pour favoriser la santé de la population; 3) renforcer la prévention des maladies et des blessures; 4) enrichir les connaissances grâce à des travaux de recherche et à des études d'impact sur la santé. Par ailleurs, cinq domaines d'intérêt ont été mis en évidence : l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme, l'alcool/les drogues et la santé mentale.

Deux ans plus tard, le gouvernement a produit le document *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*⁸². Ce plan d'action était la première d'une série de mesures prises pour préparer le terrain à l'élaboration d'une stratégie nationale et intersectorielle sur le même thème. Il indiquait que, pour améliorer la santé de la population et assurer l'équité en santé, il fallait élaborer des stratégies générales axées sur la population, précisant qu'il ne suffisait pas d'axer les efforts sur une stratégie à risque élevé qui répondrait uniquement aux besoins des plus démunis.

A suivi, en 2007, le livre blanc qui expose la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. Cette stratégie représente le volet santé d'un vaste effort gouvernemental pour assurer une plus grande équité sociale, particulièrement au chapitre des études, de l'emploi et du revenu. La stratégie met en lumière quatre priorités :

- Aplanir les inégalités sociales qui contribuent aux disparités en santé (développement de la petite enfance, répartition équitable des revenus, égalité d'accès aux études et à l'emploi). À titre d'exemple, le gouvernement entend surveiller les tendances dans les inégalités de revenu et assurer une répartition plus équitable des revenus tout en maintenant l'assiette fiscale.

⁸¹ Ministry of Social Affairs, *Prescriptions for a Healthier Norway – A Broad Policy for Public Health*, gouvernement de la Norvège, 2003.

⁸² Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *The Challenge of the Gradient – Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health*, juin 2006, http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1245_2905a.pdf.

- Aplanir les inégalités sociales en ce qui concerne les comportements liés à la santé (alimentation, activité physique, tabagisme et autres comportements) et le recours aux services de santé. Exemples d'initiatives : campagnes d'information et de sensibilisation, promotion des fruits et légumes frais, activités physiques quotidiennes dans les écoles, réglementation de la publicité des aliments malsains, interdiction de fumer dans les bars, les cafés et les restaurants, politiques restrictives sur l'alcool, taxation des aliments malsains (boissons sucrées) et détaxation des aliments santé (eau en bouteille et jus) ainsi que réduction des frais d'utilisation pour les services de santé.
- Lancer des initiatives ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale (pour éliminer l'itinérance, amener plus de personnes à travailler, réduire le nombre d'adultes qui abandonnent l'école malgré de faibles compétences de base, etc.).
- Renforcer les connaissances et concevoir des outils d'évaluation intersectoriels. Le gouvernement vérifiera les progrès réalisés dans les quatre domaines prioritaires grâce à un nouveau système d'examen et d'information qui produira un compte rendu systématique, régulièrement mis à jour, des progrès accomplis dans l'aplanissement des inégalités sociales en santé.

D'autres volets de la stratégie globale du gouvernement ont été présentés dans une série de rapports déposés au Storting, intitulés *Work, Welfare and Inclusion*⁸³, *Action Plan to Combat Poverty*⁸⁴ et *Early Intervention for Lifelong Learning*.

5.4 Mise en œuvre et surveillance

Le ministère de la Santé a la responsabilité générale de la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. La surveillance des indicateurs de santé de la population et la production de rapports annuels à ce sujet ont été confiées au Norwegian Institute of Public Health alors que le Research Council of Norway a pour mandat de renforcer la recherche sur la santé de la population. Beaucoup d'autres ministères contribuent à l'approche globale de la santé de la population, notamment le ministère de l'Enfance et des Affaires familiales, le ministère de l'Éducation, de la Recherche et des Affaires religieuses, et le ministère des Transports et des Communications.

Les municipalités et les comtés, parce qu'ils fournissent un grand nombre de programmes et de services, jouent un rôle clé dans l'exécution de la nouvelle politique. Le gouvernement national accorde des fonds de contrepartie aux comtés et aux municipalités qui créent des partenariats pour la réalisation du travail sur la santé de la population et qui arriment solidement le volet santé de la population à leurs systèmes de planification.

⁸³ Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, *Work, Welfare and Inclusion, Report to the Storting No. 9 (2006-2007)*, novembre 2006, http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf.

⁸⁴ Ministry of Foreign Affairs, *Norway's Action Plan 2015 for Combating Poverty in the South - Executive Summary*, mars 2002.

6.1 Principales constatations

- La Suède a adopté une vaste approche « pangouvernementale » de la santé de la population, et sa politique en la matière jouit d'une assise législative, la Loi sur les objectifs de santé publique de 2003. Cette loi représente la première politique officielle de la Suède sur la santé de la population, et l'une des premières stratégies au monde axées sur les déterminants de la santé.
- La Loi énonce 11 objectifs de santé de la population et établit des cibles spécifiques et mesurables pour chacun d'entre eux. La réalisation de ces objectifs met à contribution une cinquantaine de ministères et d'organismes.
- La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et les organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités en santé.
- Le ministre de la Santé publique et des Services sociaux dirige un organe exécutif national sur la santé de la population constitué tout spécialement pour faciliter la collaboration intersectorielle.
- Le Swedish National Institute of Public Health est tenu de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des 11 objectifs et d'en faire rapport tous les quatre ans.
- Il est trop tôt pour évaluer les effets de la Loi. Toutefois, celle-ci reflète manifestement la ferme volonté des plus hautes sphères politiques d'avoir une approche de la santé de la population qui soit intersectorielle et axée sur l'équité.

6.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Suède est une monarchie constitutionnelle, dont le chef d'État et premier ministre est élu par le Riksdag (le parlement suédois). Le régime politique suédois est unitaire mais très décentralisé dans la pratique, au point de ressembler à un régime fédéral sous bien des aspects. Comme au Canada, la responsabilité de la santé de la population est partagée entre le gouvernement national et les gouvernements infranationaux, soit 21 conseils de comté et 290 municipalités. Par son action législative et réglementaire, le gouvernement national exerce un solide leadership national et fixe les priorités, tandis que les conseils de comté et les municipalités jouent un rôle important dans l'exécution des programmes et la prestation des services.

- Le **gouvernement national** est responsable des questions d'intérêt public et des lois touchant la santé de la population, à savoir : soins de santé et affaires sociales; soutien du revenu; éducation; recherche; culture; agriculture; alimentation et consommation; emploi; communications; développement durable; justice (y

compris l'intégration et l'égalité hommes-femmes)⁸⁵. De plus, le gouvernement national transfère aux conseils de comté et aux municipalités des fonds destinés à la santé de la population, dont certains sont à usage général, alors que d'autres doivent servir aux fins spécifiées.

- Les **conseils de comté** sont entièrement responsables de la gestion et de la prestation des programmes et des services destinés à leur population, dans les limites de la législation nationale. Cette responsabilité touche les domaines suivants : soins primaires, soins hospitaliers, médicaments d'ordonnance, soins dentaires; santé publique et promotion de la santé; prévention des maladies; transports en commun (de concert avec les municipalités); développement régional; soutien à l'industrie et au commerce; culture; tourisme. Les conseils de comté tirent environ 70 p. 100 de leurs revenus des impôts qui s'appliquent sur leur territoire, le reste provenant des paiements de transfert du gouvernement national et des frais imposés pour les services et programmes. Composés de membres élus pour quatre ans, ils forment la plus haute instance décisionnelle au palier régional et administrent les dossiers qui sont trop onéreux pour les municipalités. Le gouvernement national examine et soutient le travail des conseils de comté par l'entremise d'un réseau d'organes de supervision⁸⁶.
- Les **municipalités** dirigent et gèrent les affaires locales, notamment : éducation préscolaire, primaire et secondaire; soins aux personnes âgées; aide aux personnes handicapées; services de sauvetage; services d'eau et d'égout; bibliothèques publiques; les transports en commun (de concert avec les conseils de comté). Elles délivrent également divers types d'autorisations, comme les permis d'aménagement ou les permis de débit de boissons. Elles jouent aussi un rôle actif dans la promotion du tourisme, de la culture et de l'entrepreneuriat. Le conseil municipal est la principale instance décisionnelle à ce niveau, et il se compose de membres élus pour quatre ans. Comme les conseils de comté, les municipalités sont habilitées à percevoir des taxes auprès de leur population, qui représentent environ 70 p. 100 de leurs revenus, le reste provenant du gouvernement national ou de la tarification des services. Comme dans le cas des conseils de comté, le gouvernement national examine et soutient le travail des municipalités par l'entremise d'un réseau d'organes de supervision⁸⁷.

⁸⁵ Government of Sweden, *Facts & Figures – Swedish Government Offices: Yearbook 2006*, 20 juin 2007, <http://www.sweden.gov.se/sh/d/2013/a/84433>.

⁸⁶ Swedish Administrative Development Agency, *How the Public Sector Works*, 2006, http://www.sverige.se/sverige/templates/pagelist____9954.aspx.

⁸⁷ *Ibid.*

6.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

En avril 2003, le Riksdag a adopté la Loi sur les objectifs de santé publique, d'initiative gouvernementale, qui établissait une politique nationale globale sur la santé de la population. Il s'agit d'une des premières approches « pangouvernementales » au monde axées sur les déterminants de la santé⁸⁸. Cette approche a été mise au point étape par étape au cours des 20 années précédentes.

En avril 2003, le Parlement suédois a adopté la Loi sur les objectifs de santé publique, d'initiative gouvernementale, qui établissait une politique nationale globale sur la santé de la population. Il s'agit d'une des premières approches « pangouvernementales » au monde axées sur les déterminants de la santé.

Au début des années 1980, la nature et les causes des disparités dans l'état de santé ont suscité un intérêt croissant au sein des milieux politiques et scientifiques. La principale source d'inspiration était le rapport Black⁸⁹, du Royaume-Uni, qui avait mis au jour de considérables inégalités en santé selon la catégorie professionnelle, le statut d'emploi, le sexe, le lieu de résidence, l'origine ethnique et le type de logement habité. Ces constatations ont amené le gouvernement de la Suède à examiner plus systématiquement les disparités en santé. Une étude comparative à l'échelle nationale a révélé que ces inégalités, bien que présentes en Suède, y semblaient moins accentuées qu'au Royaume-Uni. De plus, les explications données au sujet de la situation au Royaume-Uni ne s'avéraient pas plausibles dans le contexte suédois, étant donné le régime universel de protection sociale, le faible taux de pauvreté, les bonnes conditions de logement et le faible taux de chômage⁹⁰.

Soucieux d'approfondir les causes des disparités, le gouvernement suédois a créé en 1987 un organe consultatif – le Groupe de la santé publique – et l'a mandaté pour examiner la question. En 1991, ce groupe d'experts a formulé une stratégie exhaustive sur la santé de la population, qui n'a cependant pas débouché sur un programme d'action politique, mais une de ses recommandations a eu une suite : l'établissement, en 1992, du National Institute of Public Health, organisation qui a mis en branle diverses activités visant la promotion de la santé et la prévention des maladies au niveau national, dans les conseils de comté et dans les municipalités.

En 1997, le gouvernement suédois a créé la Commission nationale sur la santé publique, en lui donnant pour mandat de fixer des objectifs nationaux sur la santé de la population et de définir les stratégies à adopter pour les concrétiser. La Commission était formée de représentants des sept partis politiques présents au Parlement et de plusieurs

⁸⁸ Taylor & Francis Health Sciences, Chapter 2: The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) – Extended Summary, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (supplément 64), 2004, p. 18-59, http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/supplement_2objectivebill0502.pdf.

⁸⁹ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, président), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

⁹⁰ Piroška Östlin et Finn Diderichsen, *Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden*, Centre européen pour la politique de santé, Organisation mondiale de la santé, 2001, <http://www.who.int/hia/examples/development/whohia036/en/index.html>.

conseillers et experts scientifiques issus des autorités nationales, des universités, des syndicats et des organisations non gouvernementales⁹¹. Elle a déposé en octobre 2000 son rapport final, intitulé *Health on Equal Terms – National Goals for Public Health*, qui contenait 18 objectifs de santé ainsi qu'une série d'indicateurs précis permettant de mesurer leur degré de réalisation. Le rapport recommandait de confier au National Institute of Public Health la tâche de surveiller les progrès.

En décembre 2002, le gouvernement national a répondu à ce rapport en déposant au Parlement un projet de loi faisant état de 11 objectifs généraux visant la santé de la population et modelés en bonne partie sur ceux de la Commission nationale sur la santé publique. Le Riksdag a adopté en avril 2003 la Loi sur les objectifs de santé publique, qui avait un double but : créer des conditions sociales assurant une bonne santé à l'ensemble de la population et réduire les disparités en santé entre les différents groupes de la population. Le gouvernement national estimait que la santé de la population était essentielle au développement social et que les efforts visant à l'améliorer devaient faire partie intégrante du travail accompli pour renforcer la croissance durable, la protection sociale et la durabilité écologique à l'échelle de la Suède.

La Loi sur les objectifs de santé publique, adoptée en 2003, avait un double but : créer des conditions sociales assurant une bonne santé à l'ensemble de la population et réduire les disparités en santé entre les différents groupes de la population.

Les 11 objectifs sont les suivants : participation et influence dans la société; sécurité économique et sociale; conditions de vie saines et favorables pendant l'enfance et l'adolescence; vie professionnelle plus saine; milieux et produits sains et sans danger; soins médicaux et de santé qui font une promotion active de la santé; protection efficace contre les maladies transmissibles; sexualité sans risque et bonne santé reproductive; augmentation de l'activité physique; bonnes habitudes alimentaires et aliments sains; utilisation réduite du tabac et de l'alcool, élimination de la consommation de drogues illicites et réduction des effets pervers du jeu compulsif. Les six premiers objectifs sont liés aux facteurs structurels, c'est-à-dire les conditions de la société et du milieu environnant qu'on peut infléchir en façonnant l'opinion publique et en prenant des décisions politiques à différents niveaux, alors que les cinq autres concernent les modes de vie individuels, qui peuvent également être influencés par l'environnement social⁹².

La Loi sur les objectifs de santé publique n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes servant à améliorer la santé de la population.

Des cibles précises et mesurables ont été définies pour chacun des 11 objectifs, dont la réalisation fait appel à une cinquantaine de ministères et d'organismes. Le

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Swedish National Institute of Public Health, *Sweden's New Public Health Policy – National Public Health Objectives for Sweden*, 2003, http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/roll_eng.pdf.

National Institute of Public Health surveille les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs nationaux et en fait rapport tous les quatre ans.

Il y a lieu de mentionner que ces objectifs n'étaient pas nécessairement nouveaux. En fait, plusieurs d'entre eux sous-tendaient déjà divers enjeux d'intérêt public et correspondaient bien aux visées de la Loi sur les objectifs de santé publique. Lors de l'édiction de la Loi, le gouvernement avait l'intention d'adopter des cibles supplémentaires si le besoin s'en faisait sentir. La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes servant à améliorer la santé de la population.

On a avancé que les facteurs suivants avaient facilité l'élaboration de la politique nationale sur la santé de la population en Suède et l'adoption d'une loi : une tradition de social-démocratie; une relation solide avec le mouvement syndical; un régime très étoffé de protection sociale; le désir exprimé par les municipalités de voir des objectifs nationaux; la participation des politiciens de toutes allégeances; une solide connaissance de la chose civique; un processus très démocratique; une volonté politique d'équité; un organisme de surveillance de niveau supérieur; l'établissement de buts intersectoriels; de solides données probantes; une préférence pour les approches collectives systémiques⁹³.

Par rapport à d'autres pays comparables, la Suède a jeté à un stade relativement précoce les bases d'une politique nationale cohérente sur la santé de la population. À plus long terme, le fait que la communauté internationale et d'autres pays fondent de plus en plus leurs politiques d'intérêt public sur les déterminants de la santé revêtira une importance croissante et aidera certainement la Suède à confirmer la légitimité de son approche.

6.4 Mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

En Suède, la responsabilité d'appliquer la politique sur la santé de la population est divisée entre différents secteurs à chaque niveau de gouvernement (ministères et organismes nationaux, conseils de comté et municipalités). Elle s'étend aussi aux organisations non gouvernementales, aux syndicats et aux universités. On a avancé que cette approche est unique en son genre par son étendue et représente un modèle de gouvernance pour l'action intersectorielle axée sur la santé de la population⁹⁴.

En Suède, la responsabilité d'appliquer la politique sur la santé de la population est divisée entre différents secteurs à chaque niveau de gouvernement (ministères et organismes nationaux, conseils de comté et municipalités). Elle s'étend aussi aux organisations non gouvernementales, aux syndicats et aux universités. On a avancé que cette approche est unique en son genre par son étendue et représente un modèle de gouvernance pour l'action intersectorielle axée sur la santé de la population.

⁹³ Agence de santé publique du Canada, *Au croisement des secteurs – Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, 2007, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/ero_sec/index_f.html.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 26.

Comme indiqué précédemment, la Loi sur les objectifs de santé publique ne prescrit aucun changement dans la répartition des responsabilités entre les ministères et organismes dont les attributions touchent les 11 objectifs. Elle exige cependant que les ministères, lorsqu'ils ébauchent des propositions, prennent en considération les incidences sur la santé de la population, peu importe le domaine d'activité concerné. De la même façon, les ministères et organismes gouvernementaux doivent tenir compte des incidences de chacune de leurs actions sur la santé de la population. Le National Institute of Public Health a la responsabilité particulière de coordonner ces travaux tout en appuyant les efforts déployés.

La Loi sur les objectifs de santé exige que les ministères, lorsqu'ils ébauchent des propositions, prennent en considération les incidences sur la santé de la population, peu importe le domaine d'activité concerné. De la même façon, les ministères et organismes gouvernementaux doivent tenir compte des incidences de chacune de leurs actions sur la santé de la population.

Étant donné que la nouvelle Loi touche de nombreux domaines d'activité, la responsabilité politique est partagée entre divers secteurs et différents paliers de la société. Le gouvernement suédois a reconnu la nécessité d'exercer un certain contrôle politique intersectoriel sur la politique relative à la santé de la population. À cette fin, il a établi un organe exécutif national spécial sur la santé de la population, dirigé par le ministre de la Santé publique et des Services sociaux. Cet organe exécutif, dont font également partie des ministres d'autres secteurs, supervise la mise en œuvre continue des objectifs de santé de la population qui débordent du secteur de la santé⁹⁵.

6.5 Surveillance et évaluation de la loi

Comme indiqué plus haut, le National Institute of Public Health a pour mandat de surveiller les progrès réalisés sous l'égide de la nouvelle politique et de faire rapport à ce sujet. Il a collaboré avec les ministères et organismes gouvernementaux concernés, la Swedish Association of Local Authorities (qui représente les municipalités) et la Federation of Swedish County Councils pour déterminer quels sont les indicateurs et les statistiques qui permettent le mieux de mesurer le lien entre les déterminants et leurs effets sur la santé de la population. Tous les organismes gouvernementaux concernés doivent participer activement et contribuer à la collecte, à l'analyse, à l'évaluation et à la présentation des données et payer leur part des coûts.

Le National Institute of Public Health a pour mandat de surveiller les progrès réalisés sous l'égide de la nouvelle politique et de faire rapport à ce sujet. Tous les organismes gouvernementaux concernés doivent participer activement et contribuer à la collecte, à l'analyse, à l'évaluation et à la présentation des données et payer leur part des coûts.

L'institut appuie les organismes et ministères gouvernementaux en tenant des rencontres et soutient les municipalités et les conseils de comté par différents moyens,

⁹⁵ *Ibid.*

notamment en participant à des colloques et à des conférences locales et régionales, en rendant visite aux municipalités et en produisant des synthèses des connaissances et des rapports. Il s'agit d'aider les organismes régionaux et locaux à mettre au point des méthodes pour évaluer les répercussions, sur la santé, des activités menées dans leur domaine de travail. L'institut a également recueilli des statistiques de base sur la santé publique pour aider les municipalités à planifier et à surveiller leurs travaux touchant la santé de la population. La base de données ainsi constituée renferme des informations sur la santé de la population pour toutes les municipalités et pour les districts des trois principales villes suédoises.

Le National Institute of Public Health a publié en 2005 son premier rapport d'évaluation relatif à la Loi sur les objectifs de santé publique⁹⁶. Ce rapport indique que la nouvelle politique semble avoir un effet positif à la fois sur la santé en général et sur les disparités observées entre différents groupes sociaux. Parce qu'on ne sait pas encore très bien dans quelle mesure la politique répond aux besoins de groupes particuliers, l'institut a signalé qu'il était nécessaire d'élaborer, pour les déterminants de la santé, des indicateurs plus sensibles à l'équité, qui démontreront l'effet des politiques sur différents sous-groupes; ce sera une étape importante dans le redressement des inégalités en santé. Ces travaux seront menés en collaboration avec Statistics Sweden, le National Board of Welfare and Health et le Stockholm Centre for Health Equity Studies⁹⁷.

CHAPITRE 7 : Analyse Comparative

7.1 Introduction

Les chapitres précédents ont décrit les moyens utilisés pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique sur la santé de la population dans un certain nombre de pays. Le présent chapitre résume les enseignements à tirer de l'examen et de la comparaison des différentes politiques nationales et de l'étude des informations recueillies dans la documentation⁹⁸.

⁹⁶ Swedish National Institute of Public Health, *The 2005 Public Health Policy Report – Summary*, octobre 2005, <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhrsummary0511.pdf>.

⁹⁷ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287c264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

⁹⁸ Plus précisément, la documentation recensée est la suivante :

- Caroline Costongs, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Taking Action on Health Equity – Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=c786a37d3bb9ffcc3aa378b481aaa3a&id=Seite872>.
- Ken Judge, Stephen Platt, Caroline Costongs et Kasia Jurczak, *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, Commission européenne, octobre 2005, http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=137.
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliot et Hilary Wallace, *Policies to Reduce Inequalities in Health in 13 Countries, Report no. 3: Review Group on International Public Health Policy*, Écosse, mars 2005, <http://www.healthscotland.com/documents/1094.aspx>.

7.2 Virage dans la façon de penser et d'agir des décideurs

La publication du rapport Black (1980) et de la stratégie Santé pour tous de l'OMS (1981), documents d'une importance cruciale, ont marqué un virage dans la façon de penser et d'agir des décideurs publics face à la santé. La notion de santé, qui se limitait jusque-là au traitement des maladies, a été élargie à la prévention des maladies et en définitive à ce que nous qualifions maintenant de « santé des populations ». De nos jours, il est communément admis que la santé subit l'influence d'un large éventail de facteurs sociaux, économiques et environnementaux et que les grandes disparités en santé sont évitables et, du coup, injustes et inacceptables. En général, les récentes améliorations en matière de santé n'ont pas bénéficié uniformément à l'ensemble de la population. Des pays ont constaté une accentuation de certaines disparités et craignent que l'écart entre les plus privilégiés et les plus démunis se creuse à mesure que se poursuivent les tendances qui caractérisent les déterminants socioéconomiques fondamentaux de la santé.

De nets décalages ont été observés entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités. Selon les experts, il est temps de laisser de côté la description du problème pour commencer à mettre en œuvre des stratégies et des mesures systématiques efficaces.

Dans cette perspective, plusieurs pays ont mis au point des stratégies axées sur les disparités en santé, comme c'est le cas par exemple pour l'Angleterre, la Finlande et la Nouvelle-Zélande. Ils ont toutefois observé de nets décalages entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités. Selon les experts, il est temps de laisser de côté la description du problème pour commencer à mettre en œuvre des stratégies et des mesures systématiques efficaces.

En général, les récentes améliorations en matière de santé n'ont pas bénéficié uniformément à l'ensemble de la population. Des pays ont constaté une accentuation de certaines disparités et craignent que l'écart entre les plus privilégiés et les plus démunis se creuse à mesure que se poursuivent les tendances qui caractérisent les déterminants socioéconomiques fondamentaux de la santé.

Les experts estiment qu'il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités. Les gouvernements de tous les pays

- Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences*, Organisation mondiale de la santé, mars 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/.
- Iain L. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Organisation mondiale de la santé, 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/en/.
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons, A report to NHS Health Scotland*, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

étudiés souscrivent aux valeurs et aux principes d'équité qui sous-tendent la santé et disent vouloir améliorer la santé de la population et réduire les disparités sur leur territoire, mais chacun s'attaque au problème à sa manière. La démarche de chaque pays dépend de l'évolution historique et du positionnement actuel de ses structures politiques, économiques, administratives et sociales, qui influent sur la nature et l'étendue des mesures possibles. Par conséquent, les politiques et les stratégies les plus efficaces diffèrent d'un pays à l'autre.

7.3 Buts, objectifs et cibles

Les buts, les objectifs et les cibles en santé font partie intégrante des politiques sur la santé des populations. Ils constituent des paramètres utiles pour déterminer les données à recueillir et les indicateurs à mesurer, pour établir des repères, définir les points d'intérêt et surveiller les progrès. Chaque pays décide toutefois de la nature et du nombre des buts, des objectifs et des cibles à adopter.

Dans les pays que nous avons étudiés, certains buts et cibles visent des résultats précis liés, par exemple, à la mortalité, à la morbidité et à des symptômes ou troubles en particulier. Leur choix est facilité par l'accessibilité relative des données pertinentes et le lien évident avec la santé. D'autres buts et cibles retenus visent les comportements sains ou les environnements

Seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour réduire les disparités en santé dans des lieux géographiques donnés ou selon le statut d'emploi, le sexe ou l'origine ethnique.

sains, tandis qu'un petit nombre porte sur les services sociaux, mais dans tous les cas il faut aller au-delà des apparences pour comprendre à fond leurs effets sur la santé des citoyens et de la population. En ce qui concerne les disparités dans l'état de santé, seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour les réduire dans des lieux géographiques donnés ou selon le statut d'emploi, le sexe ou l'origine ethnique.

En général, les autochtones ont un état de santé nettement moins bon que le reste de la population. L'Australie et la Nouvelle-Zélande accordent une attention particulière à la santé des aborigènes. La Stratégie pour la santé des Maoris adoptée par la Nouvelle-Zélande, par exemple, cherche à réduire les disparités entre les Maoris et le reste de la population au moyen d'une vaste approche consistant à améliorer les déterminants de la santé et à surmonter les obstacles systémiques qui placent les aborigènes dans une situation désavantageuse.

7.4 Surveillance, évaluation et recherche

Un défi auquel tous les pays sont confrontés est le manque de données sur l'efficacité des mesures prises pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont établi des programmes nationaux de recherche: en Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique surveillent la santé de la population et en font rapport. Les experts s'entendent pour dire qu'il est essentiel de surveiller et d'évaluer continuellement les politiques et les stratégies afin de produire des

données sur l'efficacité des différents moyens de réduire les disparités et d'améliorer la santé de la population.

7.5 Rôle du secteur de la santé et d'autres intervenants

Le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs responsables de politiques et de programmes qui ont un effet direct ou indirect sur la santé de la population et les disparités en santé.

L'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé. Lorsqu'un ministère de la Santé veut faire modifier des politiques ou des programmes d'autres ministères pour améliorer les résultats, il rencontre souvent une résistance à « l'impérialisme de la santé ». Mais lorsqu'un organisme central comme le ministère des Finances prend la direction d'une initiative, il est plus facile d'obtenir une coopération véritable. En Angleterre, le rôle du ministère des Finances et l'utilisation qu'il a faite d'un examen intersectoriel des dépenses ont été déterminants pour la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités en santé dans l'ensemble des organismes gouvernementaux et des autres ministères.

L'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé. En Angleterre, le rôle du ministère des Finances et l'utilisation qu'il a faite d'un examen intersectoriel des dépenses ont été déterminants pour la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités en santé dans l'ensemble des organismes gouvernementaux et des autres ministères.

7.6 Étude d'impact sur la santé

L'étude d'impact sur la santé est une pratique bien établie dans la plupart des pays visés par l'étude. Elle sert à différentes fins, par exemple à traiter les déterminants de la santé et les inégalités, à évaluer le rôle des politiques de l'extérieur du secteur de la santé dans la promotion et la protection de la santé et à intégrer les questions de santé dans le processus pangouvernemental d'élaboration des politiques. Dans certains pays, comme la Suède et la Nouvelle-Zélande, la loi sur la santé publique a servi à intégrer les études d'impact dans les mécanismes gouvernementaux. Le gouvernement du Royaume-Uni a souvent manifesté son soutien aux études d'impact, mais n'a pas légiféré pour les rendre obligatoires en Angleterre.

L'étude d'impact sur la santé sert à différentes fins, par exemple à traiter les déterminants de la santé et les inégalités, à évaluer le rôle des politiques de l'extérieur du secteur de la santé dans la promotion et la protection de la santé et à intégrer les questions de santé dans le processus pangouvernemental d'élaboration des politiques.

Il ressort de notre étude que l'utilisation des études d'impact sur la santé se trouve facilitée lorsque les ministères et organismes nationaux, les administrations locales et les organisations reçoivent une aide pour la collecte, l'analyse et l'évaluation des données. Toutefois, les demandes de plus en plus fréquentes formulées en ce sens par d'autres secteurs font qu'il est devenu nécessaire de perfectionner les compétences du personnel dans les sections responsables de la santé; le manque de capacité et de ressources est souvent mentionné comme un obstacle à la réalisation d'études d'impact.

7.7 Régionalisation

Certains gouvernements, comme ceux de l'Angleterre, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède, ont transféré la responsabilité principale de la réduction des inégalités en santé aux autorités régionales et locales, en les chargeant dans bien des cas d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action. Cependant, des normes et des stratégies nationales s'imposent pour faire pendant aux plans et aux programmes régionaux et locaux et pour aider les administrations et les intervenants de tous les niveaux à développer leur capacité de s'attaquer aux inégalités de manière efficace et soutenue.

7.8 Approche intersectorielle

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. Idéalement, une vaste démarche interministérielle se mettrait en branle de façon coordonnée pour que les mesures adoptées se concrétisent en même temps et agissent en synergie dans toute la mesure du possible. Cette façon de procéder tombe sous le sens et paraît simple à appliquer, mais elle suppose en réalité une logistique difficile. Sauf pour deux exceptions notables, l'Angleterre (Sous-comité du Cabinet) et la Suède (organe exécutif national sur la santé de la population), très peu de mécanismes efficaces ont été inventés pour assurer une coordination interministérielle.

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. Idéalement, une vaste démarche interministérielle se mettrait en branle de façon coordonnée pour que les mesures adoptées se concrétisent en même temps et agissent en synergie dans toute la mesure du possible.

La collaboration intersectorielle est encore plus compliquée dans les fédérations, telles que l'Australie et le Canada, où différents ordres de gouvernement se partagent des responsabilités étroitement interdépendantes, mais différentes, concernant la santé de la population. Le transfert de responsabilités aux autorités régionales ou locales, comme en Finlande, où les municipalités appliquent les programmes de protection sociale, de soins de santé, d'éducation et d'activités culturelles, vient compliquer la situation. Il n'existe pas encore de mécanismes servant à coordonner efficacement l'action intersectorielle au niveau des autorités locales et des collectivités.

Un autre défi relativement aux politiques sur la santé de la population consiste à mobiliser les nombreux acteurs autres que les ministères qui influent directement sur la vie et la santé des gens dans toutes sortes de situations : écoles, secteur des soins de santé primaires, secteur bénévole, groupes de lutte contre la pauvreté, ONG, employeurs; la liste est longue. En Suède, grâce à un processus inclusif d'élaboration des politiques, les partis d'opposition, la population et d'autres intervenants ont été parties prenantes à la nouvelle approche aux étapes de la recherche, de la consultation et de la mise en œuvre.

7.9 Intervention gouvernementale

Trois approches différentes ont été adoptées par les gouvernements face aux disparités en santé. La première est la politique globale ou « pangouvernementale » caractéristique de l'Angleterre. Elle aborde tant les déterminants de la santé en amont (p. ex. revenu, éducation et emploi) que ceux en aval (p. ex. alimentation, exercice et tabagisme) et cible des groupes précis (définis par l'âge, le sexe, le revenu et l'origine ethnique). Un comité du Cabinet de haut niveau supervise la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, et des formules d'affectation des fonds ministériels déterminent la répartition des ressources entre les différents programmes qui visent à réduire les disparités en santé.

Des approches différentes ont été adoptées par les gouvernements face aux disparités en santé. Bien qu'il n'y ait pas de moyen meilleur que les autres pour réduire les disparités en santé, les experts conviennent que plus une stratégie pangouvernementale est ciblée et intégrée, meilleures sont les chances d'obtenir les résultats souhaités.

Selon la deuxième approche, le ministère de la Santé établit la politique sur la santé de la population, comme c'est le cas en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède. Il existe aussi des politiques distinctes sur la pauvreté, l'inclusion sociale et la justice sociale, qui ont toutes un lien direct avec les causes sous-jacentes de la mauvaise santé (faible revenu, chômage, logement, itinérance et exclusion sociale). Les experts sont d'avis qu'il est nécessaire d'intégrer les politiques dans tous ces domaines. Malheureusement, le lien entre la politique sur la santé de la population et la politique sur la pauvreté, l'inclusion sociale et la justice sociale n'est pas aussi largement reconnu qu'il devrait l'être.

En vertu de la troisième approche, des mesures sont appliquées séparément pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé, sans plan d'action général. Dans ce cas, comme en Australie, plusieurs ministères mettent en œuvre, sans coordination ou presque, des stratégies sur la santé de la population qui visent des disparités précises (p. ex. le tabagisme et l'alimentation) ou des groupes donnés (comme les plus démunis).

Les experts estiment qu'il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour réduire les disparités en santé, mais ils conviennent tous que plus une stratégie pangouvernementale est ciblée et intégrée, meilleures sont les chances d'obtenir les résultats souhaités. Ils croient aussi que les politiques visant à réduire les disparités et leur mise en œuvre sont plus susceptibles d'être efficaces si elles font l'objet d'une

coordination stratégique – conformément à un plan d'action bien défini comportant des cibles précises et des échéanciers réalistes qui peut être appliqué et surveillé.

7.10 Conclusion

Comme le montre notre étude, plusieurs pays auxquels le Canada est souvent comparé sont en train d'élaborer des politiques sur la santé de la population. Cette situation peut nous ouvrir l'accès à des données probantes très utiles sur les mesures d'intérêt public.

Elle nous indique aussi que le Canada peut profiter de cette impulsion pour concevoir et appliquer des approches qui lui sont propres. Il y aura toutefois certains obstacles et défis à surmonter.

Le Canada peut profiter de l'impulsion pour concevoir et appliquer des approches qui lui sont propres.

Une des grandes difficultés pour la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est le fait que la responsabilité en matière de santé est répartie entre les gouvernements, en l'occurrence le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et les municipalités, ainsi qu'une foule d'intervenants privés, qui s'occupent tous à différents niveaux de certains des nombreux déterminants de la santé. La solution réside dans l'établissement de mécanismes interministériels, intergouvernementaux et intersectoriels efficaces, mais elle n'a pas encore vu le jour au Canada.

La volonté politique et sociétale de s'attaquer aux disparités en santé est essentielle. Le grand public doit voir les disparités comme un problème sérieux, voire tragique, et il faut que la classe politique juge impérative la mise en place de solutions. Il importe d'utiliser un langage clair et facile à comprendre pour sensibiliser le public à la question et pour convaincre les intervenants de la nécessité de réduire les disparités comme première étape importante vers l'optimisation de la santé.

Un autre défi est la nécessité de mettre en place des mesures à long terme avant de modifier un grand nombre des déterminants fondamentaux – éducation, éducation de la petite enfance, soutien du revenu, logement public, etc. – et avant d'apporter des améliorations mesurables dans la santé et les disparités. L'échéancier à prévoir dépasse largement les horizons politiques des gouvernements les plus tournés vers l'avenir. Il est difficile de réorganiser ou de reformuler une politique sur la santé de la population sous le régime de gouvernements successifs. Le consensus politique est crucial si l'on veut élaborer des politiques et des stratégies à long terme en matière de santé.

Enfin, une fois que la politique sur la santé de la population a été élaborée, il faut suffisamment de ressources financières et humaines pour la mettre en œuvre à tous les niveaux visés. Les mesures à long terme nécessitent un investissement soutenu. Certains experts réalistes prétendent qu'il n'est à peu près pas faisable d'élaborer et de mettre en œuvre simultanément un ensemble coordonné de politiques sur la santé de la population et qu'une démarche progressive est la meilleure solution applicable.

ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

| ORGANISATION | NOM, TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|------------------------|--------------------|
| 39^e législature 1^e Session | | | |
| Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé | L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire | 22-02-2007 | 1 |
| Institut de recherche sur la santé des populations | Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé | 28-02-2007 | 1 |
| Provincial Health Services Authority, B.C. | Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies | 28-02-2007 | 1 |
| School of Health Policy and Management - Université York | Dennis Raphael, Professor | 28-02-2007 | 1 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux | 21-03-2007 | 2 |
| Kunin-Lunenfield Applied Research Centre | Sholom Glouberman, scientifique associé | 21-03-2007 | 2 |
| Agence de santé publique du Canada | Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales | 21-03-2007 | 2 |

| ORGANISATION | NOM, TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|--|---|------------------------|--------------------|
| Agence de santé publique du Canada | Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladie chroniques | 21-03-2007 | 2 |
| Statistique Canada | Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement | 21-03-2007 | 2 |
| Institut de la santé publique et des populations | Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada | 28-03-2007 | 2 |
| Santé et politiques sociales dans le monde | Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde | 28-03-2007 | 3 |
| Université McGill | Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations | 28-03-2007 | 3 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques | 25-04-2007 | 3 |
| Affaires indiennes et du Nord Canada | Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales | 25-04-2007 | 3 |
| Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba | John O'Neil, professeur et directeur | 25-04-2007 | 3 |
| Santé Canada | Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits | 25-04-2007 | 3 |
| Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC | Dr Jeff Reading, directeur scientifique | 25-04-2007 | 3 |

| ORGANISATION | NOM, TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|--|---|---------------------|-----------------|
| Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit | Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada | 02-05-2007 | 3 |
| Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) | Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications | 02-05-2007 | 3 |
| Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie | Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé | 02-05-2007 | 3 |
| Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) | Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire | 02-05-2007 | 3 |
| Université de Toronto | Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique | 02-05-2007 | 3 |
| Observatoire Vieillesse et Société (OVS) | Dr André Davignon, fondateur | 16-05-2007 | 4 |
| Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse | Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés | 16-05-2007 | 4 |
| Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés | Margaret Gillis, directrice | 16-05-2007 | 4 |
| Association canadienne de gérontologie | Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's | 16-05-2007 | 4 |
| The CHILD Project | Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP) | 30-05-2007 | 4 |
| Instituts de recherche en santé du Canada | Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents | 30-05-2007 | 4 |
| Council of Early Child Development | Stuart Shankar, professeur, président | 30-05-2007 | 4 |

| ORGANISATION | NOM, TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|--|--|---------------------|-----------------|
| Manitoba Métis Foundation | Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | David Chartrand, ministre de la Santé | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse | 31-05-2007 | 4 |
| Ministère de la Santé de C.B. | Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef | 01-06-2007 | 5 |
| Manitoba Métis Foundation | Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba | 01-06-2007 | 5 |
| Institut de la santé des Autochtones | Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales | 01-06-2007 | 5 |
| Pauktuutit Inuit Women of Canada | Jennifer Dickson, directrice générale | 01-06-2007 | 5 |
| Association des femmes autochtones du Canada | Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé | 01-06-2007 | 5 |
| Indigenous People's Health Research Centre | Willie Ermine, professeur, auteur-éthicien | 01-06-2007 | 5 |

| ORGANISATION | NOM, TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|------------------------|--------------------|
| Inuit Tapiriit Kanatami | Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé | 01-06-2007 | 5 |
| Association nationale des centres d'amitié | Alfred J. Guay, analyste des politiques | 01-06-2007 | 5 |
| Assemblée des Premières Nations | Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social | 01-06-2007 | 5 |
| Université de l'Alberta | Malcom King, professeur, Faculté de médecine | 01-06-2007 | 5 |
| Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada | Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest | 01-06-2007 | 5 |
| Université de Toronto | Chandrakant P. Shah, professeur émérite | 01-06-2007 | 5 |
| Congrès des Peuples Autochtones | Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire | 01-06-2007 | 5 |
| 39^e Législature 2^e Session | | | |
| Ministère de la Santé et des Affaires sociales | Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique | 22-11-2007 | 1 |
| Institut national de santé publique de Suède | Dr. Gunnar Agren, directeur général | 22-11-2007 | 1 |
| Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique | Dr. Pirooska Ostlin, chercheur principal | 22-11-2007 | 1 |
| Institut national de santé publique de Suède | Bernt Lundgren | 22-11-2007 | 1 |
| The Quaich Inc. | Patsy Beattie-Huggan, présidente | 30-11-2007 | 1 |
| L'université McMaster | John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre | 30-11-2007 | 1 |
| Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard | Teresa Hennebery, sous- ministre adjointe, Secteur opérationnel | 30-11-2007 | 1 |

| ORGANISATION | NOM, TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|------------------------|--------------------|
| Groupe d'étude sur les politiques et la santé | France Gagnon, professeure et co-directrice | 05-12-2007 | 2 |
| Université de Montréal | Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe | 05-12-2007 | 2 |
| Ministère de la santé du Royaume-Uni | Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé | 11-12-2007 | 2 |
| Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B. | Lex Baas, directeur de la santé des populations | 12-12-2007 | 2 |
| Université de la Colombie-Britannique | James Frankish, professeur et directeur | 12-12-2007 | 2 |
| Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario | Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques | 06-02-2008 | 3 |
| Réseau d'intégration des services de santé de Toronto | Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification | 06-02-2008 | 3 |
| l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa | Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation | 06-02-2008 | 3 |

SENATE



SÉNAT

**MATERNAL HEALTH AND EARLY
CHILDHOOD DEVELOPMENT IN CUBA**

**Second Report of the
Subcommittee on Population Health of the
Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology**

Chair
The Honourable Wilbert J. Keon

Deputy Chair
The Honourable Lucie Pépin

February 2008

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:
www.parl.gc.ca
(Committee Business – Senate - Recent Reports)
39th Parliament – 2nd Session

TABLE OF CONTENTS

| | |
|--|----|
| ORDER OF REFERENCE..... | i |
| MEMBERSHIP..... | ii |
| EXECUTIVE SUMMARY | 2 |
| INTRODUCTION..... | 6 |
| GEOGRAPHY AND HISTORICAL BACKGROUND..... | 7 |
| MATERNAL HEALTH AND HEALTHY CHILDHOOD DEVELOPMENT | 8 |
| 1. Polyclinics | 8 |
| 2. Maternal and Child Health | 9 |
| 2.1 Medical Genetic Services..... | 11 |
| 2.2 Partogram..... | 13 |
| 2.3 Maternal Home | 13 |
| 2.4 Child and Maternal Health Outcomes..... | 13 |
| 3. Early Child Development and Education | 14 |
| 3.1 <i>Círculos Infantiles</i> | 15 |
| 3.2 <i>Educa a Tu Hijo</i> | 16 |
| 3.3 Teaching Staff..... | 18 |
| 3.4 Children with Disabilities..... | 19 |
| 3.5 Arts in Early Education..... | 19 |
| 3.6 Sports, Education and Health..... | 20 |
| MONITORING AND EVALUATION | 20 |
| INTERNATIONAL ASSISTANCE | 21 |
| SUMMARY OF SUBCOMMITTEE'S FINDINGS AND OBSERVATIONS..... | 22 |
| APPENDIX 1 – AGENDA -- FACT FINDING VISIT TO CUBA..... | 25 |
| APPENDIX 2 - WITNESS LIST | 30 |

EXECUTIVE SUMMARY

MATERNAL HEALTH AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IN CUBA

BACKGROUND

- The Public Health Agency of Canada has identified 12 factors influencing health, called determinants of health. Of these, early childhood development is probably one of the most important. The first years of life are decisive for a child's further development since it is at this early stage that the foundation for future physical, mental and social development is laid. Cuba provides an excellent example of a population-wide program that takes a preventive approach to foster the health, education and development of children from the earliest stages.
- The Subcommittee accepted the invitation of the Cuban Ambassador to Canada, His Excellency Ernesto A. Sentí, to conduct a fact-finding mission on Cuba's early childhood development programs with the view of obtaining information first-hand on their content, structure, cost, *modus operandi*, management and impact.
- The mission took place between January 12 and 19, 2008. Subcommittee members met with representatives of numerous government departments, health and education institutions, research institutes, and international organizations as well as with members of the People's Power National Assembly (the Cuban Parliament).

FINDINGS

A. Polyclinics

- A key player in the country's successful approach to maternal health and early childhood development is what Cubans call "Polyclinics." The role of the polyclinics is far more extensive than that of a health clinic as Canadians would understand that term. These local establishments ensure integration of science, knowledge transfer, parent education and community mobilization, in addition to providing primary health care.
- The polyclinics are multidisciplinary. They focus on prevention, regularly undertake universal screening initiatives and strongly encourage immunization. They also serve as a site for both medical training and education. In addition, polyclinics work closely with

teachers in early child development, preschool and elementary schools. Regular meetings (every six months) are held to discuss the overall mental and physical health of the children in the community. Moreover, they serve as a resource for data collection, scientific research and a conduit for scientific advances (knowledge transfer). For example, staff regularly participate in population-wide prevalence studies designed by scientists working in different ministries.

- The intimate connection between the staff at the polyclinics and the population they serve creates a health system where, at the street level, every aspect of the human condition is addressed – from maternal health care to teaching seniors to act as counsellors for grandchildren.

B. Maternal Health

- Once a Cuban woman becomes pregnant, a number of specialized services are drawn upon, such as medical genetic services, the ‘partogram,’ and maternal homes, as needed.
- Medical genetics has been integrated into all levels of the Cuban health care system and the genetic risk assessment service is available in every polyclinic. All pregnant women and newborns must be evaluated by this service.
- When a pregnant woman is identified as at-risk, a ‘partogram’ (a plan for required care) is developed to facilitate navigation of the system. She is referred to the hospital best suited for her particular risk factor, and from then on a whole team begins working on her care, which continues until birth.
- Pregnant women who are considered to be at-risk for complications due to problems such as hypertension, anaemia, poor nutrition, underweight or overweight may also be referred to a maternal home, where they are either followed as outpatients or admitted to centre depending on the severity of their condition.
- The indicators presented to the Subcommittee by the Cuban Ministry of Public Health showed steadily improvement in child and maternal health from 1970 to 2006.

C. Early Child Development and Education

- Cuba provides three non-compulsory pre-school education programs. The *Circuitos infantiles* are child care centres for children between 6 months and 5 years whose mothers are working. The *Educa a Tu Hijo* [Educate Your Child] Program provides non-institutional preschool education for children who do not attend child care centres; it is based on household education (from 0 to 2 years of age) or is delivered through informal groups in parks or other nearby sites for children aged 2 to 4. A preschool preparatory grade for 5 year olds is open to all children whether their mothers work or not.
- The *Circuitos infantiles* serve 17% of children, while 12% attend the preschool grade and 71% of children participate in *Educa a Tu Hijo*. Together, these programs reach almost all children under six.
- Children with special educational needs receive individualized attention through the local polyclinic and, with support from the Ministry of Education, are seen by *Educa a Tu Hijo* program specialists. A diagnosis unit for potential developmental disabilities exists in each municipality, with a multidisciplinary team that assesses the child and advises the family.
- International data by the UNESCO in 1998 comparing 11 Latin American countries showed that Cuban third and fourth graders attained the highest level of achievement in mathematics and language skills. An update of that study in 2007 (soon to be published) again ranked Cuban children well ahead of their Latin American counterparts.

COMMITTEE COMMENTARY

- The Subcommittee was struck by the comment of one presenter who said that Cubans “live like the poor but die like the rich.” This is truly the Cuban paradox – a developing country with developed country health indicators. Cuba is world-renowned for its consistently strong indices of good health despite its poor economic status. These achievements are particularly remarkable in light of the stringent trade and service embargoes that apply to Cuba.
- The pragmatism of the Cuban approach to health and education, with its emphasis on making the best use of limited resources to achieve a clearly identified goal, is admirable.

- Particularly noteworthy was the enormous personal commitment, dedication and pride in their work demonstrated by health care providers and educators in Cuba. They project a sense of job satisfaction and of themselves as part of a team contributing to an overall goal.
- The Subcommittee believes that the close relationship between the service provider (teacher/doctor/nurse/etc.), the child and the family enables those providers to understand the child's background and thereby provide the support that is needed.
- Early diagnosis, research, assessment, and ongoing monitoring are key elements of Cuban programs. Early detection of high risk pregnancies, bi-annual medical check-ups, early recognition of childhood developmental problems – all these effective screening procedures enable intervention at an early stage and avoid more costly remedies later in life.
- The Subcommittee concurs with Cuban representatives who maintain that non-institutional education, in which the family and community are fundamental contributors, is a valuable alternative in the education and integrated development of children. We acknowledge the importance of the Cuban programs to increasing the family's competence level and strengthening its participation in the high quality education of the children.
- Cuba places great importance on science as evidenced by their development of comprehensive databases and insistence on systematic program evaluation. Wherever possible, government policy is informed by rigorous scientific data. Moreover, the quality of much of the scientific research done there is world class.
- The Subcommittee stresses, however, that a number of serious challenges remain in Cuba, including food insecurity, severe shortage of housing, lack of freedom of expression, restriction of individual rights, and generalized economic stagnation – challenges which include important determinants of health.
- Nevertheless, Cuba outperforms just about all countries of similar national income on measures of education and health outcomes. It is our view that, as part of a continuum of services supporting maternal and child health, the Cuban model of mixed institutional and family-centred early childhood development programs offers a promising example of flexible, highly effective, and relatively low-cost interventions.

MATERNAL HEALTH AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IN CUBA

The basic foundation of healthy brain development is caregiver-infant interactions. This is what drives the development of the brain. It is as simple as that. (...) If you think this through, you will see that I am telling you that (...) parents [and caregivers] have to be the primary focus of all this health prevention.

[Stuart Shanker, Proceedings (4:44)]⁽¹⁾

INTRODUCTION

The Subcommittee on Population Health of the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology is examining public policies that can improve overall health status and reduce health disparities. During a preliminary set of hearings held in Ottawa between February and June 2007, a number of witnesses told the Subcommittee that, of the 11 or so factors that influence health, early childhood development is probably one of the most important of all health determinants. They explained that the first years of life are decisive for a child's further development since it is at this early stage that the foundation for future physical, mental and social development is laid. Cuba was identified as providing an excellent example of a population-wide program that fosters from the earliest stages the education and development of children. In particular, Stuart Shanker, Distinguished Research Professor of Philosophy and Psychology at York University (Ontario) and President of the Council of Early Child Development, testified that notwithstanding Cuba is a developing country, it has implemented at very low cost a highly effective, publicly-funded, universal, multi-faceted interventional program to support early child development.⁽²⁾

The preventative approach to population health in Cuba has been adopted for pragmatic reasons, as the country could not have attained anywhere near the same results had they chosen to focus on the treatment of mental and physical illness. Forced to choose the most cost-effective approach, they have developed a number of programs to enhance long-term physical and mental health, together with a sophisticated system for early identification and intervention in order to mitigate the consequences of biological and/or social problems.

In Cuba, the healthy development of all children claims such high priority that actions are taken from the moment of conception through to the child's entering primary school. According to Professor Shanker, this *preventative* approach to population health has been adopted for pragmatic reasons: the country could not have attained anything like the same results with a focus on the *treatment* of mental and physical illness. Forced to choose primarily on the basis of cost-effectiveness, they have developed a number of programs to enhance their population's

(1) In this report, the testimony received by witnesses printed in the *Minutes of Proceedings and Evidence of the Senate Subcommittee on Population Health* is referred to only by issue number and page number.

(2) The WHO Commission on Social Determinants of Health has also identified post-revolutionary Cuba as an important example of a population health approach developed and implemented at a relatively low cost. See the following document: Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*, Background Paper, World Health Organization, March 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf.

long-term physical and mental health, together with a sophisticated system for early identification and intervention in order to mitigate the consequences of biological and/or social problems.

The Subcommittee accepted the invitation of the Cuban Ambassador to Canada, His Excellency Ernesto A. Senti, to conduct a fact-finding mission of Cuba's early childhood development programs with the view of obtaining information first-hand on their content, structure, cost, *modus operandi*, management and impact. During the mission, which took place between January 12 and 19, 2008, the Subcommittee met with representatives of numerous government departments, health and education institutions, research institutes, and international organizations as well as with members of the People's Power National Assembly (the Cuban Parliament). Appendix A contains the complete list of meetings. This report summarizes the Subcommittee's findings and observations on the Cuban programs.

GEOGRAPHY AND HISTORICAL BACKGROUND

The Republic of Cuba is located on an island in the northern Caribbean at the confluence of the Caribbean Sea, the Gulf of Mexico and the Atlantic Ocean, 150 km south of Key West, Florida. It comprises 14 provinces and one special municipality. Covering a total land area of 110,860 km², Cuba's population was estimated to be 11.4 million people in 2007, an average population density of 102.7 persons per km². The population is of mixed ethnic background, with mestizo and mulatto constituting a majority.⁽³⁾

Cuba remained a Spanish colony from the arrival of Columbus in 1492 until it gained its independence in 1902. For much of the first half of the 20th century, the island fluctuated between democratic elections and military coups, the last of which occurred in 1959 when Fidel Castro led the rebel army that established a socialist republic. In 1962, the United States imposed a trade embargo with Cuba. In response, Castro signed a trade agreement with the Soviet Union.

Since 1990, however, Cuba has faced a profound economic crisis as a result of disruption of trade relations with its former trading partners in Eastern Europe and the withdrawal of subsidies from the former Soviet Union (worth \$4 billion to \$6 billion annually). In 2006, the GDP per capita in Cuba was estimated to be \$4,100 PPP (compared to \$35,700 PPP in Canada).⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Canada has long maintained trade relations with Cuba. As early as the 18th century, vessels from the Atlantic provinces of Canada traded codfish and beer for rum and sugar. Today,

(3) Central Intelligence Agency, *The World Factbook*, 2007, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

(4) *Ibid.*

(5) PPP or "Purchasing Power Parity" is an international price index calculated by comparing the prices of identical goods in various countries. It indicates the rate at which one currency must be converted into another currency to be able to purchase an equivalent basket of goods and services in other countries. Dollars adjusted by the PPP make it possible to compare the prices of identical products in various countries. PPP is not, therefore, simply a monetary conversion but an equivalence which takes into consideration a real value assigned to a basket of goods and services.

Cuba represents Canada's largest export market in the Caribbean and Central America, with over \$1 billion in bilateral trade. In 2006 Canadian exports totalled \$513 million. The Canadian Ambassador to Cuba, Jean-Pierre Juneau, told the Subcommittee that Canada is a leading source of foreign direct investment in Cuba, mainly in nickel mining, oil and gas, and is Cuba's largest source of tourists (more than 600,000 a year). He also explained that Canada's assistance program, which provides over \$10 million annually, aims to help Cubans achieve long-term sustainable development, equity and good governance by exposing them to Canadian values and approaches which will help build democratic institutions and succeed in a globalized world economy.

Fidel Castro led the country from 1959 until July 2006 when, for health reasons, he delegated the responsibility to his brother, First Vice President Raúl Castro. Representatives from the Cuban Parliament explained to the Subcommittee that their system of government differs considerably from that in most other countries. There is only one political party. Their parliament is the key element in the Cuban political system, but this system also encompasses 15 provincial assemblies, 169 municipal assemblies and hundreds of popular councils and constituencies at the local level.⁽⁶⁾

MATERNAL HEALTH AND HEALTHY CHILDHOOD DEVELOPMENT

The unitary structure of the Cuban government, combined with a high degree of decentralization, intersectoral action and community participation, has facilitated the development of national policies and programs for maternal health and early childhood education. Health and education are both considered national priorities; related programs are based on principles of universality, free and equitable access and government control. A key player in their successful approach to maternal health and early childhood development is what Cubans call "Polyclinics", local establishments that ensure integration of science, knowledge transfer, parent education and community mobilization.

A key player in Cuba's successful approach to maternal health and early childhood development is what Cubans call the "Polyclinic", a local establishment that ensures integration, science, knowledge transfer, parent education and community mobilization.

1. Polyclinics

There are 498 polyclinics in Cuba with the primary role of serving as a health clinic in local communities.⁽⁷⁾ They are spread throughout the country and are designed to ensure that the doctors and nurses working there (or as primary care doctors working under its auspices), are familiar with – and responsible for – every individual in the community the polyclinic serves. They provide house calls, home visits, and regular checkups (twice yearly). The role of the polyclinic is far more extensive than that of a health clinic as Canadians would understand that term:

(6) Jorge Lezcano Pérez, *How Does the Cuban Parliament Work?*, People's Power Editions, Havana, 10 July 2004.

(7) In addition to polyclinics, Cuba has 14,078 family doctors' offices. Overall, this provides for one physician per 159 inhabitants and one nurse per 79.5 inhabitants. According to information provided by the Cuban Ministry of Public Health, *Health in Cuba 2007*, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 14 January, 2008.

- First, the polyclinic's staff is multi-disciplinary: in addition to doctors and nursing staff, they might have a psychologist, psychiatrist, sociologist, social worker, dentist, speech and language therapist, physiotherapist, educator, and other specialists.
- Second, the polyclinic focuses on prevention, attempting to identify a problem before it becomes acute; it also regularly undertakes universal screening initiatives and strongly encourages immunization. During the Subcommittee visit, members were told that the polyclinic often learns that a patient has diabetes long before the individual is aware of any symptoms. The polyclinics have extended this approach to early child development in an attempt to identify challenges in infants or toddlers before the most sensitive periods of brain development begin to close and biological problems have their cascading effect on the child's development subsequently.
- Third, the polyclinic serves as a site for both medical training and education. Students in medicine and nursing receive a great part of their training in polyclinics, often the one to which they will become professionally attached after graduation.
- Fourth, the staff at the polyclinic works closely with teachers in early child development, preschool and elementary schools. Regular meetings (every six months) are held to discuss the overall mental and physical health of the children in the community. These meetings are meant to serve a bi-directional purpose, in which preschool and educational staff receive ongoing training (in, for example, developmental paediatrics, developmental psychology, nutrition, hygiene, sex education, etc.), while the staff at the polyclinic learns first-hand from the teachers about the children in the community, and benefits from the educational staff's practical wisdom. The moment a problem is spotted in a child, s/he is referred to the multidisciplinary team at the polyclinic.
- Fifth, the polyclinic serves as a resource for data collection, scientific research and a conduit for scientific advances (knowledge transfer). For example, the staff participates in population-wide prevalence studies designed by scientists working in the different ministries. Given their close relationship with the members of their community, and the close feelings of trust that this engenders, there are remarkably robust compliance rates in these studies in Cuba. Moreover, scientists are frequently appointed to polyclinics where they undertake academic research and facilitate the transfer of knowledge with community workers.

2. Maternal and Child Health

Cuba's focus on maternal and child health has its roots deep in the culture and values of its society. Cuba's Maternal and Child Health Program also rests on strong participation by families and their communities and involves in its very first steps a well developed and integrated primary health care sector, which includes both the offices of local family doctors and community polyclinics. A large part of this program's success is due to the personal knowledge and close relationships that medical

The intimate connection between the neighbourhood doctor and families creates a health system where, at the street level, every aspect of the human condition is addressed – from maternal health care to teaching seniors to act as counsellors for grandchildren.

personnel develop with the population for which they are responsible; these support a significant degree of health promotion and preventive medicine, in addition to the provision of primary health care services. The intimate connection between a neighbourhood doctor and families creates a health system where, at the street level, every aspect of the human condition is addressed – from maternal health care to teaching seniors to act as counsellors for grandchildren. The system involves everyone in the neighbourhood, creating optimal conditions for health in what is, by Canadian standards, a society economically very poor. All Cubans are ‘strongly encouraged’ to avail themselves of their two regular medical checkups per year, one conducted in the doctor’s office and the other during a house call. Roger Downer, President, University of Limerick (Ireland), who accompanied the Subcommittee as an observer, recounted an anecdote about an American journalist living in Havana. One evening she answered the door to her apartment and was confronted by a nurse from her local family doctor’s office who said: “You caused me to have to climb up three flights of stairs and come get you because you did not come to the clinic for your regular PAP smear; please come with me now.”⁽⁸⁾

The Subcommittee was told that the Cuban Ministry of Public Health’s Maternal and Child Health Program has as goals to: improve the quality of reproductive health; reduce illnesses associated with pregnancy and low birth weights; decrease the frequency of perinatal complications, severe respiratory infections and accidents; promote breastfeeding; and facilitate early diagnosis of cervical cancer. As part of the Program, pregnant women have a minimum of 12 medical visits over the course of a pregnancy, with ultrasound diagnosis, measurement of Alpha-Feto Protein, frequent monitoring of haemoglobin and urine, serology and HIV, cytogenetic studies of elderly primigravida, hypothyroidism research on phenylketonuria in newborns and puericulture.⁽⁹⁾ Many Cuban representatives who met with the Subcommittee expressed the view that a robust primary care network is essential to maintaining a degree of regular maternal monitoring that begins even before pregnancy.

But even with the strong primary care presence that is delivering the program, gaps in care remain. An overhaul of treatment protocols and best practice guidelines for specialists at the primary and secondary care levels was initiated in November 2005 to reduce or eliminate those gaps. The overhaul prompted tighter organization of services, more individualized, patient-centered focus on high-risk mothers-to-be, and the introduction of improved technology. The starting point for reform was to determine how to care better for high-risk women before they became pregnant, in order to achieve better control of conditions, such as hypertension, that can present risks during pregnancy. When a woman with risk factors becomes pregnant, ways are sought to maximize her individualized care. This

Well before pregnancy, the primary care staff carry out a classification of the female population according to potential risk factors that could complicate a pregnancy, such as diabetes or high blood pressure. They work with women who are identified as having one or more risk factors and who wish to become pregnant in order to mitigate those risk factors and improve her biological parameters, before planning the conception when her physical condition is optimal.

(8) Roger Downer, “Should Irish Healthcare Take Cuban Lessons?” *The Irish Times*, Tuesday, February 13, 2007.

(9) Cuban Ministry of Public Health, *Health in Cuba 2007*, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 14 January, 2008.

involves close monitoring through the system, from family physician to polyclinic to hospital, through a team of physicians with responsibility for her care from the beginning.

One of the Subcommittee's visits was to the "5 de Septiembre" polyclinic in the Santa Fé district of Havana. This clinic is responsible for an 8.2 km² region of the city with a population of approximately 25,000 that proudly registered infant and maternal mortality rates of zero in 2007. The Director explained how, through their primary care services, they take a preventive approach to maternal and child health. Well before pregnancy, they carry out a classification of the female population according to potential risk factors that could complicate a pregnancy, such as diabetes or high blood pressure. The primary care staff identify and work with women who wish to become pregnant and who have one or more risk factors in order to mitigate those risk factors and improve her biological parameters, planning the conception to occur when her physical condition is optimal.

Once a Cuban woman becomes pregnant, a number of specialized services are drawn upon, such as medical genetic services, the 'partogram,' and maternal homes. These are addressed individually below.

2.1 Medical Genetic Services

The Subcommittee heard that one of the most important recent medical developments in Cuba has been its advances in medical genetics, especially at the community level. About 1.3 out of its infant mortality rate of 5.3 per 1,000 live births is estimated to be due to congenital defects, which Cuba hopes to reduce even further through this medical genetics program.

Medical genetics has been integrated into all levels of the Cuban health care system and the genetic risk assessment service is available in every polyclinic. As a matter of fact, all pregnant women and newborns must be evaluated by this service. In 2006, 97% of all newborns in the country were screened. These genetic services are supported by 169 Municipal Centers of Medical Genetics, 14 Provincial Centres of Medical Genetics, and the National Centre of Medical Genetics, all of which are staffed by geneticists, genetic counsellors, nurses and technicians (the total accounts for about 1 genetic counsellor for 17,536 inhabitants).⁽¹⁰⁾ Together, these professionals and technicians implement the National Program for Diagnosis, Management and Prevention of Genetic Diseases and Congenital Defects, which delivers the following community-level services:

(10) Centro Nacional de Genética Médica de Cuba. *Medical Genetic Services in The National Health System in Cuba*, Presentation made to the Senate Subcommittee on Population Health, 16 January 2007.

FIGURE 1 – Medical Genetic Services

| STAGE | SERVICES |
|--|---|
| <i>Premarital, preconceptional, prenatal and postnatal</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Genetic counselling service |
| <i>Prenatal care</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Haemoglobin electrophoresis to detect increased risk for sickle cell anemia • Alpha feto protein in maternal serum • Genetic ultrasounds at the first and second trimester of pregnancy • Prenatal cytogenetic diagnosis for high risk pregnancies |
| <i>Neonatal care</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Neonatal screening for five diseases: Phenylketonuria, Galactosemia, Biotinidase Deficiency, Congenital Adrenal Hyperplasia, and Congenital Hypothyroidism. |

Currently, education in medical genetics for health workers and the broader population is a priority, coupled with the following research priorities of the Cuban National Centre of Medical Genetics:

- Genetic Epidemiology: prevalence of genetic and complex diseases in the Cuban population.
- Mapping new mutations in known genes or new unknown genes associated with genetic and complex disorders in Cuban families.
- Evaluation of the impact of genetic counselling services as well as the knowledge and attitudes toward genetic services among the Cuban population.
- Transgenic models to study protein functions and immunological mechanisms for genetic susceptibility to infectious diseases.
- Genetic susceptibility to common disorders: Alzheimer's disease, asthma, diabetes, hypertension, depression, bipolar disorder, familial cancer, coronary disease, schizophrenia, Parkinson's disease and others.
- Causes of major disabilities in the Cuban population.
- Aging.

Cuba is compiling a number of national registries to facilitate this ongoing research. It maintains a register of birth defects (with 97% coverage), a register of people with disabilities (366,000 individuals), a twin register (with 55,000 twin pairs), and a familial register for common disorders (composed of 34,128 families). The Centre for Medical Genetics emphasized to the Subcommittee that legal instruments have been developed to: protect the privacy and confidentiality of individual genetic data; regulate the creation of DNA banks; regulate the transfer of DNA to other countries for diagnosis and research; and, guarantee that ethical standards are followed in genetic diagnosis and research.

2.2 Partogram

The “partogram” or “delivery-gram” is an innovation incorporated into Cuba’s health care system to facilitate navigation of the system; it provides an outline of the critical route for every pregnant woman at-risk. When a patient is first identified as at-risk by her primary care doctor and her polyclinic’s obstetrician-gynaecologist, she is referred to the hospital best suited for her particular risk factor, and from then on a whole team begins working on her care. As a result, each month in a given geographic area, the hospital and surrounding primary care providers meet to discuss patients nearing their due dates, to review whether the actions foreseen were appropriate for the level and nature of each individual case.⁽¹¹⁾

2.3 Maternal Home

Another measure designed to support at-risk mothers is the ‘Maternal Home’. Maternal homes are centres for pregnant women who are considered to be at-risk for complications due to problems such as hypertension, anaemia, poor nutrition, underweight or overweight. Women referred to a maternal home by the family doctor or polyclinic are either followed as outpatients or admitted to a centre depending on the severity of their condition. The Maternal Home ensures that the expectant mother has the proper medical attention, necessary rest and adequate nutrition in a location relatively close to her home where family members can visit easily. There are currently 289 Maternal Homes in Cuba, located in every municipality across the country.

During its fact-finding mission, the Subcommittee visited the *Leonar Perez Cabrera* Maternal Home situated in Old Havana. Described as a typical centre, it is staffed by 20 nurses and 5 doctors: 2 general comprehensive doctors, 2 obstetric/gynaecological specialists, and 1 doctor with a specialization in nutrition. It has on-site dentistry, ultrasound and laboratory services, with 50 beds for in-patients. Poor nutrition was identified as the leading problem. For her part, the Director of the “5 de Septiembre” polyclinic suggested that their success in reducing the rates of low birthweight babies was thanks to the local Maternal Home.

2.4 Child and Maternal Health Outcomes

The many efforts under the Maternal and Child Health Program seem to be bearing fruit. The indicators below, presented to the Subcommittee by the Cuban Ministry of Public Health, show steadily improvement in child and maternal health.

(11) Gail Reed, “The Story Behind Cuba’s Decline in Infant Mortality,” *MEDICC Review*, 21 January 2007, http://www.medicc.org/publications/cuba_health_reports/008.php.

FIGURE 2 – Maternal and Child Health Program Indicators, 1970-2006

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2006 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Infant Mortality (per 1000 live births) | 38.7 | 19.6 | 10.7 | 9.4 | 7.2 | 6.5 | 6.3 | 5.8 | 5.3 |
| Under-5 Mortality (per 1000) | 43.7 | 24.2 | 13.2 | 12.5 | 9.1 | 8.1 | 8.0 | 7.7 | 7.1 |
| Low birthweight (%) | 10.3 | 9.7 | 7.6 | 7.9 | 6.1 | 5.9 | 5.5 | 5.5 | 5.4 |
| Maternal mortality (per 10,000 live births) | -- | -- | -- | 4.8 | 4.0 | 4.1 | 4.0 | 3.9 | 4.9 |

Source: Cuban Ministry of Public Health, *Health in Cuba 2007*, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 14 January, 2008.

Recent data indicate that Cuba's infant mortality rate has remained steady at 5.3 per 1,000 live births in 2007, equaling its score from 2006, the lowest ever.⁽¹²⁾ This rate is second only to Canada in all of the Americas.⁽¹³⁾

3. Early Child Development and Education

A component of Cuba's commitment to basic education involves comprehensive early childhood education the objective of which is "to achieve the greatest development for a child". Representatives from the Ministry of Education told the Subcommittee that non-compulsory preschool education is directed to children aged 6 months to 5 years and is delivered in three ways:

Part of Cuba's commitment to basic education involves comprehensive early childhood education whose objective is "to achieve the greatest development for a child".

- Child care centres known as *Círculos infantiles* for children between 6 months and 5 years whose mothers are working. Some child care centres also offer preschool education.
- The *Educa a Tu Hijo* [Educate Your Child] Program provides non-institutional preschool education for children who do not attend child care centres. Non-institutional preschool is based on household education (from 0 to 2 years of age) and is delivered through informal groups in parks or other nearby sites for children aged 2 to 4.
- A preschool preparatory grade for 5 year olds is open to all children whether their mothers work or not.

(12) "Cuba Child Death Lowest in LatAm," *Prensa Latina*, 4 January 2008, http://news.caribseek.com/Cuba/Prensa_Latina/printer_60500.shtml

(13) Orfilio Pelaez, "Cuba detient le taux le plus bas de mortalité infantile en Amérique latine », *Granma International*, 3 January, 2007, <http://www.granma.en-français-2007/energet/miers8/mortalit.html>.

The *Círculos infantiles* serve 17% of children, while 12% attend the preschool grade and 71% of children participate in *Educa a Tu Hijo*. Together, these programs reach almost all children under six.⁽¹⁴⁾ Primary school education, which begins at age 6, is compulsory for children up to age 14.⁽¹⁵⁾

FIGURE 3 – Cuban Enrolment Ratio by Age Group, 2003-2004

| | Age 0-2 | Age 3 | Age 4 | Age 5 | Age 6 |
|------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| Preschool enrolment | 11.0% | 99.1% | 99.7% | 100% | 0% |
| Primary education enrolment | | | | 1.0% | 99.2% |

Source: UNESCO, *Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes*, Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

3.1 *Círculos Infantiles*

First established in 1961, there are now over 1,100 free, all-day, centre-based child care programs in Cuba,⁽¹⁶⁾ that provide care for about 110,000 children.⁽¹⁷⁾ All centres follow guidelines established by the Cuban government. They are organized by age in groups of up to 30 children, except at the preschool grade, in which up to 20 children may be enrolled. The centres are open from 6 a.m. to 7 p.m. with a staggered timetable for teachers and other workers. The children generally arrive at 8 a.m. and stay as late as 7 p.m., depending on their parents' working hours.

The Subcommittee visited the *círculo infantil Rayitos de sol* in the village of Jaruco, situated in a rural area outside of Havana. For the 110 children enrolled, there are 33 staff, including 15 teachers (made up of both educators and educational assistants), a full time nurse, and a doctor on-site 3 days per week. Subcommittee members observed younger children (2-3 years) practising exercises to improve their motor skills and cognitive development and older children (3-4 years) at a variety of activities that simulated daily life: in the kitchen, at school, talking on the phone and driving a bus! The centre also has a garden on-site that produces food for the centre, which the children help tend.

The preschool education program for children aged 0-6 is intended to optimize each child's integrated development so that s/he is best prepared for school. Its contents include: socio-moral development, motor development, world knowledge, mother tongue, artistic expression, music and corporal expression, and play. The educational process is organized

⁽¹⁴⁾ UNESCO, *Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes*, Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

⁽¹⁵⁾ *Ibid.*

⁽¹⁶⁾ Graciella Cruz-Taura, "Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations," Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, p. 72, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

⁽¹⁷⁾ Cuban Ministry of Education, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 15 January 2008. <http://www.one.cu/aec2006/anuariopdf2006/capitulo16/XVI.2.pdf>

into four types of activities: programmed activities, independent activities, complementary activities and processes (such as meals, sleep, hygiene and bathing).

There are three types of child care centres: standard day programs that run five days a week for children with working parents; centres for children with disabilities that cater to children with special needs; and children with social problems who may stay at a boarding school.

In 2001, approximately 70% of the 880,000 preschool-aged children in Cuba whose mothers were not working did not attend any *círculos infantiles*.⁽¹⁸⁾ However, as more parents joined the workforce through the late 1990s, a shortage of spaces developed; no new centres were being constructed due to a scarcity of building materials. In order to address this problem, a national maternity leave policy was introduced in 1992 that provides paid maternity leave 3 months prior to and 3 months after the birth of a child. An additional 6 months of unpaid leave may be taken; mothers are guaranteed the right to return to their jobs. Working mothers have the option of sending their children to free day care from the age of 6 months.⁽¹⁹⁾

3.2 *Educa a Tu Hijo*

In 1992, following ten years of research, testing and development, and with support from UNICEF, Cuba started a national program of community-based services for young children and their families called *Educa a Tu Hijo* [Educate Your Child]. It was designed as a non-institutional alternative for children who do not attend a child care centre, intended to coach and empower families to stimulate their child's integrated development, based on their own experience, interests and needs. As part of the program:

The Cubans have learned that simply teaching the proper activities to caregivers and having those activities be repeated is not sufficient. The family has to acquire an understanding of child development in which they have a primary responsibility for their child's development not only through stimulating activities, but also direct participation, affection and the classic conditions of security and others which are determinants of physical and mental health.

- Future mothers and fathers receive information and counselling about healthy pregnancies and early child development during health visits to doctors and nurses.
- Families with children under two years of age receive individual home visits once or twice a week and are guided through games, conversations and other activities to enhance their babies' development.
- Children between the age of two and four and their families go on weekly or semi-weekly group outings to parks, cultural facilities and sports centres with counsellors trained in child development and family participation.

⁽¹⁸⁾ Susan A. Miller, "Early Childhood Education in Cuba," *Childhood Education*, 15 September 2002.

⁽¹⁹⁾ *Ibid.*

- The program also provides educational coverage for approximately 7,000 five and six year-old children from mountainous, rural and remote areas where there are no *circulos infantiles* and primary schools are too far away. The program arranges for the children to travel to primary schools with their families for classes and family discussions once or twice a week.

Families receive guidance from counsellors selected by the agencies and organizations participating in the program and include members of the families themselves. The counsellors, in turn, are trained by supervisors known as promoters. In June 2005, the program had approximately 116,000 counsellors and 53,000 promoters,⁽²⁰⁾ reaching over 600,000 children between 0-6 years of age and their families.⁽²¹⁾ In the village of Jaruco, for example, there are 158 promoters and 123 counsellors for 1,332 children. All the promoters or counsellors are either volunteers or help out with the program as part of their regular employment.

Even in Cuba, where numerous social, political and structural factors facilitate cross-sectoral collaboration, Ministry of Education representatives acknowledged that achieving this degree of intersectoral collaboration has taken some time to achieve.

The program offers a series of activities that guide families on stimulation of the social-affective, cognitive, and motor development of the child, as well as health care and nutrition. As one Subcommittee member noted during the fact-finding mission, it could easily be called, "Educate the Parent" since the role of the caregiver in learning how to best stimulate the child's comprehensive development is central. But the Cubans have learned that simply teaching the proper activities to caregivers and having those activities repeated is not sufficient. The family is expected to acquire an understanding of child development in which its members have primary responsibility for their child's development not only through stimulating activities, but also through direct participation, affection, and the classic conditions of security and others which are major determinants of physical and mental health. Ultimately, it is the creation of families that promotes healthy development.

The *Educa a Tu Hijo* Program recruits both parents and grandparents as agents of diagnosis and intervention. In one of the polyclinics visited by the Subcommittee, we came across a classroom filled with grandparents aged between 65 and 85. We learned that they were studying for their BA in psychology and were being taught by a psychology professor from the University of Havana. Such a program, we were told, has a threefold benefit: first, it provides stimulation for the brain in an aging population; second, it promotes the nation's ongoing efforts to raise the education levels of the population; and third, it equips grandparents with developmental tools to be used with their grandchildren and transmitted to their working parents.

Officials from the Ministry of Education emphasized to the Subcommittee that the program's community character and intersectoral approach are key aspects of its success. In

⁽²⁰⁾ UNESCO, *Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes*, Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

⁽²¹⁾ Anso Thom, "Child Development a Priority in Cuba," *Health-e News Service*, 13 December 2000, http://health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20001209.

Cuba, key partner organizations are the government ministries of Public Health, Culture, and Sports, the Federation of Cuban Women, the National Association of Small Farmers, student organizations, trade unions, Committees for the Defence of the Revolution (neighbourhood associations) and the media. At the local level, these groups cooperate to identify potential counsellors and promoters, provide locations for activities and in-kind material donations, participate in program promotion and encourage family participation in it. Even in Cuba, where many social, political and structural factors facilitate cross-sectoral collaboration, Ministry of Education representatives acknowledged that achieving this degree of intersectoral collaboration has taken some time to achieve.

Outreach and training are necessarily at the heart of the program. To facilitate both, the Cuban Ministry of Education has developed a variety of program materials to involve partners from across sectors, as well as pedagogical guides for caregivers on how to carry out activities that will strengthen child development.

3.3 Teaching Staff

The Cubans have adopted a number of practices all designed to enhance the teacher's capacity to know and nurture a child. For example, building on great success with cohort-teaching in the early years, they are now experimenting with cohort-teaching in high school, although at this level much more is involved than a simple administrative change.

At the primary level, there is a national curriculum; all Cuban children of the same grade complete the same readings and activities on the same day. Each child's progress in each subject area is evaluated quarterly and again at the end of the semester when both children and the teachers are evaluated through state-set final exams.⁽²²⁾ The teacher's salary is based on student promotion rates,⁽²³⁾ and his/her performance assessment rests on a strong system of teacher supervision and evaluation; principals evaluate every teacher annually. Teachers whose performance is poor can be assigned to work with other teachers, sent for professional development or, eventually, fired.⁽²⁴⁾ The principal is also evaluated annually, both by a committee of curriculum specialists and by his or her direct supervisor.

Child care and primary school teachers all receive the same level of education at the university level and earn the same pay. Teachers are licensed for either preschool (aged birth to 5) or primary (ages 6 to 12). The training process takes five years, the last of which is devoted to the conduct of practical research and supervised teaching in an educational setting. UNESCO reports that of the 27,239 Cuban teachers in 2003-2004, 100% were female.⁽²⁵⁾ The Subcommittee was not able to determine teachers' salary levels. Miller

(22) Gwendolyn Coe and Judith Lynne McConnell, "The Children of Cuba," *Beyond the Journal*, National Association for the Education of Young Children, September 2004. <http://www.journal.naeyc.org/btj/200409/coe.asp>.

(23) Christopher Worthman and Lourdes Kaplan, "Literacy Education and Dialogical Exchange: Impressions of Cuban Education in One Classroom," *The Reading Teacher*, Vol. 54, No. 7, April 2001.

(24) Barbara C. Hunt, "A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right?" *Phi Delta Kappan*, Vol. 85, No. 3, November 2003.

(25) UNESCO, "Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes," Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

suggests that their pay was approximately \$18/month in 2001, while Coe and McConnell have it at \$10-\$14/month, compared to \$20/month for university professors and \$40/month for police officers.⁽²⁶⁾ Hunt suggests the average salary for a teacher in Cuba is on a par with that of doctors.⁽²⁷⁾

3.4 Children with Disabilities

Between 2001 and 2003, Cuban researchers made home visits to each of the 366,864 people with disabilities in the country in the course of a national psycho-social study of people with physical disabilities, and a related psycho-pedagogic, sociological and clinical-genetic study of people with intellectual disabilities. The results gave a much better understanding of the kinds of services needed across the island, as well as what preventive interventions could be made to reduce the incidence of disability: the investment in community medical genetics described above is one of those interventions.

During its visit to *La Castellana* Medical Psycho-Pedagogic Centre for people with intellectual disabilities, the Subcommittee was told that the national study identified approximately 15,000 children with such severe mobility restrictions that they rarely left their beds. Having an attentive parent was shown to be so important to the well-being of the disabled child that a program was implemented to provide paid leave to their mothers. In other cases, a teacher is sent to their homes.

Children with special educational needs receive individualized attention through the local polyclinic and, with support from the Ministry of Education, are seen by *Educa a Tu Hijo* program specialists. A diagnosis unit for potential developmental disabilities exists in each municipality, with a multidisciplinary team that assesses the child and advises the family. Cuba has opened two schools that specialize in autism, one of which was visited by one member of the Subcommittee. They are 100% publicly funded, serve children aged 2 to 18, and provide autism therapy on a one-to-one basis. Its Director explained that the school serves as a therapy centre, provides support to families and is also an important scientific resource with scientists who conduct research on which types of therapy work best for different categories of autistic of children.

3.5 Arts in Early Education

The arts and literature have also been a focus of Cuba's government since 1959. Art schools have been established within cultural centres; school-aged children are required to attend classes in music, dance, drama, and art instruction a minimum of six hours per week after the regular school day,⁽²⁸⁾ with the goal of instilling in them their society's moral, social, and political values. For two days per week kindergarten children who normally go home for lunch join those who stay for arts activities. From 2:30 to 4:30 pm, children are involved in activities such as music, rhythms, papier-mâché, and painting.

⁽²⁶⁾ Susan A. Miller, "Early Childhood Education in Cuba," *Childhood Education*, 15 September 2002.

⁽²⁷⁾ Barbara C. Hunt, "A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right?," *Phi Delta Kappan*, Vol. 85, No. 3, November 2003, p. 246.

⁽²⁸⁾ Coe and McConnell, *op. cit.*

3.6 Sports, Education and Health

Especially clear is how sports have been integrated into Cuban education and health policies and programs. That this orientation comes from the highest level was made clear by members of the Parliament's Health and Sports Commission at the Subcommittee's very first meeting. The Ministry of Education maintained that Cubans' high level of participation in sports takes root in school sports, which culminate each year in municipal, provincial and national 'School Games' that feature competitions in about 20 different sports. The most outstanding athletes from these games are often recruited to the Cuban national sports teams.

At *La Castellana* Medical Psycho-Pedagogic Centre, the Subcommittee had the pleasure of meeting medal-winning athletes from international competitions around the world, including the Special Olympics in China.

MONITORING AND EVALUATION

The Cuban government has made monitoring, evaluation and research key components of its health and education policies. It has created databases including various indicators covering the whole population and is following these to assess the impact of its policies. These databases contain broad health status indicators, including data on disabilities.

The Cuban government has made monitoring, evaluation and research key components of its health and education policies. It has created databases on various indicators covering the whole population and followed these to assess the impact of its policies. The databases contain broad health status indicators, including data on disabilities. Representatives from the World Health Organization confirmed to the Subcommittee that these data are reliable and of high quality.

Representatives from the World Health Organization confirmed to the Subcommittee that the data are reliable and of high quality.

The preschool education system is of particular interest because it has been monitored, evaluated and adapted subsequently in response to those evaluations. The preschool education evaluation system includes:

- Systematic evaluation by teachers in child care centres and by counsellors in the non-institutional program.
- A round of assessments every two months based on developmental achievements and the objectives established for each year of life or cycle.
- Final evaluation or developmental assessment conducted at the end of each school level.
- A schedule of diagnostic tasks is given to all children ending the preschool stage the results of which are used to prepare individual profiles for each child and for the group, in order to custom-design the early part of first grade.

- Monitoring every five years of the results of the Educate Your Child Program.
- International comparisons highlight the success of Cuba's educational efforts:
- A comparative study of third and fourth grade students in 11 Latin American countries by UNESCO in 1998 showed that Cuban third and fourth graders attained the highest level of achievement in mathematics and language skills.⁽²⁹⁾ During the Subcommittee's meeting with UNESCO in Havana, the organization revealed that an update of that study in 2007 (soon to be published) again ranked Cuban children well ahead of their Latin American counterparts.
- UNESCO's *Education For All Global Monitoring Report 2007* classified Cuba as among the 47 countries in the world it considers to have achieved its six Education For All goals, which include, for example, universal primary education, adult literacy, gender parity, and quality of education.⁽³⁰⁾
- *Educa a Tu Hijo* has been copied, adapted and applied in a number of countries, including Brazil, Mexico, Venezuela, Colombia, Guatemala and Ecuador.

INTERNATIONAL ASSISTANCE

The Subcommittee had the opportunity to visit the *Tarará* Pediatric Hospital. Located some twenty kilometres east of downtown Havana, since 1990 this hospital has been providing medical assistance to young victims of the nuclear accident at Chernobyl in a playful, relaxing environment that encourages their rehabilitation. In addition to Spanish lessons and salsa dancing, the Chernobyl Children Program at *Tarará* provides instruction in both Russian and Ukrainian languages so that there is no (or little) interruption in the children's studies. The Subcommittee felt that, seeing first hand the terrible consequences of this disaster more than 20 years later, served as a wake-up call about the tremendous long term implications of a nuclear accident.

The Subcommittee also learned that in addition to providing medical assistance in situations of natural disasters in other countries, as a gesture of solidarity, Cuba supports the education and training of foreign doctors and nurses; training in medicine and nursing is provided either in Cuba or under the direct tutorship of Cuban professors located in other countries. Over the last two years, more than 13,000 students from 17 countries have been enrolled in the Community Medicine Program in Cuba, while another 28,000 from East

(29) UNESCO, 1998, Laboratorio latinoamericano de evaluación de la calidad de la educación, Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemáticas, y factores asociados en tercero y cuarto grado (Santiago de Chile: UNESCO) as cited in Graciella Cruz-Taura, "Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations," Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

(30) UNESCO, *Strong Foundations: Education For All Global Monitoring Report 2007*, Paris, 2006, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>.

Timor, Guinea Bissau and Venezuela are participating in the Overseas Program. Cuba also provides currently its Nursing Training Program to 356 students from 6 Caribbean countries. Emergency assistance is delivered through 32 emergency medical brigades made up of over 10,000 Cuban health care professionals which have provided services in 19 countries since 1960 and have assisted more than 2 million disaster victims in Chile, Guatemala, Pakistan, Bolivia and Indonesia.⁽³¹⁾

SUMMARY OF SUBCOMMITTEE'S FINDINGS AND OBSERVATIONS

- The Subcommittee was struck by the comment of one presenter who said that Cubans “live like the poor but die like the rich.” This is truly the Cuban paradox – a developing country with developed country health indicators. Cuba is world renowned for its consistently strong indices of good health despite its poor economic status. These achievements are particularly remarkable in light of the stringent trade and service embargoes that apply to Cuba.
- The pragmatism of the Cuban approach to health and education, with its emphasis on making the best use of limited resources to achieve a clearly identified goal, is admirable.
- Particularly noteworthy was the enormous personal commitment, dedication and pride in their work demonstrated by health care providers and educators in Cuba. They project a sense of job satisfaction and of themselves as part of a team contributing to an overall goal.
- Investment in health and education is a high priority for the country. Policies have been established with the goal of helping children develop to their full potential.
- Children are treated as individuals rather than as part of a cohort: individual problems are identified and tackled at an early stage.
- The Subcommittee believes that the close relationship between the service provider (teacher/doctor/nurse/etc.), the child and the family enables those providers to understand the child's background and provide the support that is needed.
- Three basic principles have guided Cuban health and education policies and programs since the 1959 revolution: universality, equitable access and government control. The programs are free, universal and available in all regions, both urban and rural. They involve the family and the community, both of which are considered the leading protagonists in the care and development of children.
- Early diagnosis, research, assessment, and ongoing monitoring are key elements of Cuban programs. Early detection of high risk pregnancies, bi-annual medical check-ups, early recognition of childhood developmental problems – all these effective screening procedures enable intervention at an early stage and avoid more costly remedies later in life.

(31) Cuban Ministry of Foreign Affairs, *Cuban Cooperation For A Better World*, Havana, 2007.

- The Subcommittee is aware of Canadian and international research which demonstrates the great importance of the first years of life from the affective, cognitive and motor points of view. Given that neuronal connections in the brain are formed during the early years of life, the timeliness and quality of early stimulation received by children in that period is fundamentally important.
 - The Subcommittee believes that Cuba is a leading country in early childhood development and education programs for children from conception and birth through age 6.
 - The UNESCO study provides compelling support for the assertion that recognition of the importance of early childhood development clearly provides Cuban children with considerable advantage when they enter primary school.
 -
 - The Subcommittee concurs with Cuban representatives who maintain that non-institutional education, in which the family and community are fundamental contributors, is a valuable alternative in the education and integrated development of children. We acknowledge the importance of the Cuban programs to increasing the family's competence level and strengthening its participation in the high quality education of the children.
 - The Cuban approach seeks to break down jurisdictional "silos" through considerable integration of resources and sharing of responsibility. The overall philosophy appears to be to identify a goal or a problem and bring together all the agencies and ministries that might be able to contribute to its achievement or resolution. For example, early childhood development and education in Cuba rest on a set of integrated actions involving strong intersectorality. The programs are a shared responsibility of many national government departments and agencies in the fields of health, education, recreation and fitness, social services, culture, as well as a number of non-governmental organizations. Teamwork facilitates further the joint participation and cohesion of different sectors locally, provincially and nationally.
- The Subcommittee wishes to stress that a number of serious challenges remain, including food insecurity, severe housing shortages, a lack of freedom of expression, restriction of individual rights, and generalized economic stagnation. These are also important determinants of health.
- Cuba places great importance on science as evidenced by their development of comprehensive databases and insistence on systematic program evaluation. Wherever possible, government policy is informed by rigorous scientific data. Moreover, the quality of much of the scientific research done there is world class.
 - Maternal health programs and early childhood development initiatives have been implemented through different stages and have been adapted according to the evidence gathered through successive evaluations.

- We agree with Professors Shanker and Downer who accompanied the Subcommittee on its visit to Cuba that the combined expertise of Canadian and Cuban scientists offers opportunities to contribute to a global effort to enable every child to realize his/her full potential. A major global program with such an objective, based in Canada, would provide the opportunity for Canadians to assume a leadership role in what those two Professors consider to be one of the most important scientific projects ever undertaken.

Recognition of the importance of early childhood development is clearly providing Cuban children with considerable advantage when they enter primary school the UNESCO study provides compelling support for this assertion.
- The Subcommittee stresses, however, that a number of serious challenges remain in Cuba, including food insecurity, severe shortage of housing, lack of freedom of expression, restriction of individual rights, and generalized economic stagnation, all of which are also important determinants of health.
- Nevertheless, Cuba outperforms just about all countries of similar national income on measures of education and health outcomes. It is our view that, as part of a continuum of services supporting maternal and child health, the Cuban model of mixed institutional and family-centred early childhood development programs offers a promising example of flexible, highly effective, and relatively low-cost interventions.

APPENDIX 1 – AGENDA -- FACT FINDING VISIT TO CUBA

Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
Subcommittee on Population Health
Fact-finding Visit to Cuba
January 2008

Monday, January 14, 2008

National Assembly of People's Power, Health and Sports Commission

- Dr. Jorge Gonzalez, Chair
- Dr. Diana Martinez, Deputy Chair
- Dr. Pura Aviles, Deputy Chair

Ministry of Public Health

- Mrs. Marcia Covas, Deputy Minister
- Dr. Antonio Gomez
- Dr. Ariel Delgado
- Dr. José Portillo
- Dr. Mitchell Valdes

"5 de Septiembre" Polyclinic

- Dr. Rebeca Mendoza, Director
- Dr. Alén Rojas, Provincial Director

Tour of the Polyclinic

Centre for Genetic Engineering and Biotechnology

- Dr. Pedro López Saura, Director of Clinical Trials and Regulations

Dinner hosted by Sherritt

- Mr. Ian W. Delaney, Chairman, Sherritt
- Mr. Robert Reid, Vice President and Country Manager, Sherritt
- Ms Juanita Montalvo, Vice President, Sherritt International Investments Ltd. and Director, Cuban Operations
- Mr. Carlos Fernandez de Cossio, former Cuban Ambassador to Canada
- Ms Lizt Alfonso, Ballet Lizt Alfonso
- Mr. Juan Carlos Coello, Director, Escuela de Ballet Lizt Alfonso
- Dr. Nicolass Hernandez Guillen, Director Guillen Foundation
- Minister Jose Luis Rodriquez, Ministry of Economy and Planning
- First Deputy Minister Tomás Benitez, Ministry of Basic Industry
- Ms Vivian García Fonseca, Director North American Trade Division, Ministry of Foreign Trade

Tuesday, January 15, 2008

“La Castellana” Medical Psycho-Pedagogic Centre

- Mrs. Marisleidis Perdomo, Director
- Dr. Alén Rojas, Provincial Director
- Mr. Roberto Novoa, Supervisor, Sheltered Workshop
- Mrs. Carmen Viera, Recreational Supervisor

Tour of the centre, visit with students, music and sports presentation by students

Angel Arturo Aballi Pediatric Hospital

- Dr. Rogelio Gonzalez Sánchez, Director
- Dr. Laura Margarita Sánchez, Director, Children’s Ward
- Dr. Arnaldo Izquisdo, Director, Emergency Room
- Dr. Jesús Rabusa, Director, CAT Scan

Tour of the hospital

Ministry of Education

- Dr. Ana Maria Siverio, Director of the Reference Centre, Pre-School Education
- Mrs. Irene Rivera Ferreiro, Director of Pre-School Education

United Nations Development Programme

- Mrs. Susan McDade, resident Coordinator and Representative

World Food Programme

- Mrs. Myrta Kaulard, Country Director

Wednesday, January 16, 2008

Ministry of Education

- Mr. Rolando Ferreiro, Vice Minister
- Dr. Maria Antonia Torres, Director of Health

Nicolas Estebanez Primary School

- Mr. Wilbert Ladson de Guerara, Principal
- Mr. Mario Mesa, Director, Methodology
- Mrs. Estevina Cuervo, Head of First Circle
- Miss Carolina Maniello, Head of Students Organization

Tour of school and presentation by the students

Edora Alonso School for Autistic Children

- Mrs. Imilla Cecilia Campo Valdés, Director

Cuban Health Society

- Dr. Myra Ojeda del Valle, Deputy Director, Documents and Investigations

Centre for Medical Genetics

- Dr. Beatriz Marcheco, Director
- Dr. Maria Cecilia Pérez

Ministry of Foreign Affairs

- Mrs. Yiliam Jimenez Expósito, Deputy Minister
- Mrs. Josefina Vidal, Director, North American Division

Thursday, January 17, 2008

Chernobyl Children's Medical Care Centre

- Mr. Esteban Rosales, Administrator
- Dr. Esther Arostequi, Deputy Director
- Dr. Maité Olivra

Tour of centre and presentation by the students

Centre for Neuroscience

- Dr. Mitchell Valdes, Director
- Dr. Pedro Valdes, Deputy Director

National Assembly of People's Power, Health and Sports Commission

- Dr. Pura Aviles, Deputy Chair
- Dr. Danai Saavedra, Member
- Dr. Tania Gonzalez, Member

Leonar Perez Cabera Maternity Home

- Dra. Evangelina Romero Fernández, Director
- Lic. Ejezahel Rojas, Deputy Director

Tour of the maternity home

Dinner hosted by Ambassador Jean-Pierre Juneau

- Minister Luis Ignacio Gómez, Minister of Education
- Dr. Felipe Cárdenas (pediatric cardiologist)
- Mrs. Susan McDade, Resident Coordinator, United Nations Development Program
- Mr. Fernando Remírez de Estenoz, Chief of International Relations, Central Committee, Communist Party of Cuba
- Dr. Jorge Gonzalez Pérez, Chair, Health and Sports Commission, National Assembly of People's Power
- Ms Ettianet Díaz Estrabao, Canada Desk Officer of International Relations, Young Communists League
- Mr. Jorge Mario Sánchez, Centre for the Study of the United States, University of Havana

- Mrs. José María Rubiera, Vice President, Cuba-Canada Parliamentary Friendship Group
- Mrs. Georgina Chabu, North American Division, Communist Party of Cuba
- Mrs. Josefina Vidal, Director, North American Division, Ministry of Foreign Affairs
- Mrs. María de la Luz B'Hamel, Director, Commercial Policy, Ministry of International Commerce
- Mr. Carlos Alzugaray, Centre for the Study of the United States, University of Havana and former Consul-General in Montreal
- Mr. Carlos Fernández de Cossío, Specialist, Latin American and Caribbean Division, Ministry of Foreign Affairs, former Cuban Ambassador to Canada
- Dr. Myra Ojeda del Valle, Deputy Director, Documents and Investigations, Cuban Health Society
- Mr. Raul Rodríguez, Centre for the Study of the United States, University of Havana
- Mrs. Beatriz Díaz, Centre for Canadian Studies, University of Havana
- Mrs. Mairas Concepció Godoy, Specialist in early Childhood Education, Cuba-Canada Friendship Group

Friday, January 18, 2008

Circulo Infantil Rayito de Sol

- Mrs. Juana de los Ríos, Director

Tour of the day care facility and visit with children

Educa a tu Hijo Rayito de Sol

- Mrs. María Julia García, Program Promoter

Tour of the centre and presentation by the children

Noelio Capote Polyclinic

- Dr. Tania Padra, Principal
- Mr. Cesar Rubio, Mayor

Tour of the polyclinic

UNESCO

- Mr. Herman van Hooff, Director of the UNESCO Regional Office for Culture in Latin America and the Caribbean
- Mr. Miguel Llivina Lavigne, National Program Officer and Head of the Education Sector

Pan-American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization

- Dr. Lea Guido López, Permanent Representative
- Mr. José Gomez Lorenzo, Consultant

Dinner hosted by the President of the National Assembly of People's Power

- Mr. Ricardo Alarcón de Quesada, President, National Assembly of People's Power
- Mr. Miguel Alvarez, Assistant to the President

- Dr. Jorge Gonzalez Pérez, Chair, Health and Sports Commission, National Assembly of People's Power
- Dr. Diana Martinez, Deputy Chair, Health and Sports Commission, National Assembly of People's Power
- Minister Luis Ignacio Gómez, Minister of Education
- Mrs. Josefina Vidal, Director, North American Division, Ministry of Foreign Affairs
- Dr. Myra Ojeda del Valle, Deputy Director, Documents and Investigations, Cuban Health Society

APPENDIX 2 - WITNESS LIST

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| 39th Parliament 1st Session | | | |
| World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health | The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner | 22-02-2007 | 1 |
| Institute of Population Health | Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity | 28-02-2007 | 1 |
| Provincial Health Services Authority, B.C. | Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control | 28-02-2007 | 1 |
| School of Health Policy and Management - York University | Dennis Raphael, Professor | 28-02-2007 | 1 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch | 21-03-2007 | 2 |
| Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre | Sholom Glouberman, Associate Scientist | 21-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch | 21-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention | 21-03-2007 | 2 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| Statistics Canada | Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development | 21-03-2007 | 2 |
| Institute of Population and Public Health | Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research | 28-03-2007 | 2 |
| Global Health and Social Policy | Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy | 28-03-2007 | 2 |
| McGill University | Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health | 28-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director, Development and Partnership Division, Strategic Policy Directorate | 25-04-2007 | 3 |
| Indian and Northern Affairs Canada | Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations sector | 25-04-2007 | 3 |
| Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba | John O'Neil, Professor and Director | 25-04-2007 | 3 |
| Health Canada | Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch | 25-04-2007 | 3 |
| Institute of Aboriginal People's Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) | Dr Jeff Reading, Scientific Director | 25-04-2007 | 3 |
| Research Faculty/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit | Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health | 02-05-2007 | 3 |
| National Aboriginal Health Organization (NAHO) | Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit | 02-05-2007 | 3 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|--|--------------------|-----------|
| University of British Columbia - Department of Psychology | Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator | 02-05-2007 | 3 |
| National Aboriginal Health Organization (NAHO) | Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer | 02-05-2007 | 3 |
| Toronto University | Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services | 02-05-2007 | 3 |
| Observatory on Ageing and Society (OAS) | Dr. André Davignon, Founder | 16-05-2007 | 4 |
| Nova Scotia Department of Health | Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat | 16-05-2007 | 4 |
| Public Health Agency of Canada - Division of Aging and Seniors | Margaret Gillis, Director | 16-05-2007 | 4 |
| Canadian Association on Gerontology | Mark Rosenberg, Professor Queen's University | 16-05-2007 | 4 |
| The CHILD Project | Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP) | 30-05-2007 | 4 |
| Canadian Institutes of Health Research | Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health | 30-05-2007 | 4 |
| Council of Early Child Development | Stuart Shankar, Professor, President | 30-05-2007 | 4 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|--|--------------------|-----------|
| Manitoba Métis Foundation | Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | David Chartrand, Minister of Health | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation | 31-05-2007 | 4 |
| BC Ministry of Health | Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer | 01-06-2007 | 5 |
| Manitoba Métis Foundation | Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba | 01-06-2007 | 5 |
| Institute of Aboriginal Peoples' Health | Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations | 01-06-2007 | 5 |
| Pauktuutit Inuit Women of Canada | Jennifer Dickson, Executive Director | 01-06-2007 | 5 |
| Native Women's Association of Canada | Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor | 01-06-2007 | 5 |
| Indigenous People's Health Research Centre | Willie Ermine, Professor, Writer - Ethicist | 01-06-2007 | 5 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| Inuit Tapiriit Kanatami | Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health | 01-06-2007 | 5 |
| National Association of Friendship Centres | Alfred J. Guay, Policy Analyst | 01-06-2007 | 5 |
| Assembly of First Nations | Valerie Gideon, Director of Health and Social Development | 01-06-2007 | 5 |
| University of Alberta | Malcom King, Professor, Department of Medicine | 01-06-2007 | 5 |
| Aboriginal Nurses Association of Canada | Julie Lys, Director, North West Territories Region | 01-06-2007 | 5 |
| Toronto University | Chandrakant P. Shah, Professor emeritus | 01-06-2007 | 5 |
| Congress of Aboriginal Peoples | Erin WolskiHealth Policy Program | 01-06-2007 | 5 |
| 39th Parliament 2nd Session | | | |
| Ministry of Health and Social Affairs | Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division | 22-11-2007 | 1 |
| Swedish National Institute of Public Health | Dr. Gunnar Agren, Director General | 22-11-2007 | 1 |
| Karolinska Institute: | Dr. Piroska Ostlin, Dept. of Public Health Sciences | 22-11-2007 | 1 |
| Swedish National Institute of Public Health | Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert | 22-11-2007 | 1 |
| The Quaich Inc. | Patsy Beattie-Huggan, President | 28-11-2007 | 1 |
| McMaster University | John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences | 28-11-2007 | 1 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|---|---|--------------------|-----------|
| PEI Department of Health | Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations | 28-11-2007 | 1 |
| Group d'étude sur les politiques et la santé | France Gagnon, Professor and co-chair | 05-12-2007 | 2 |
| University of Montreal | Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor | 05-12-2007 | 2 |
| U.K. Department of Health | Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement | 11-12-2007 | 2 |
| B.C. Interior Health Authority | Lex Baas, Director of Population Health | 12-12-2007 | 2 |
| University of British Columbia | James Frankish, Professor and Director | 12-12-2007 | 2 |
| Ontario Ministry of Health Promotion | Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention | 06-02-2008 | 3 |
| Toronto Cental Local Health Integration Network | Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning | 06-02-2008 | 3 |
| University of Ottawa Heart Institute | Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre | 06-02-2008 | 3 |
| Canadian Institute for Health Information | Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer | 13-02-2008 | 3 |
| Canadian Institute for Health Information | Keith Denny, Acting Manager | 13-02-2008 | 3 |
| University of Manitoba | Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine | 13-02-2008 | 3 |

SENATE



SÉNAT

LA SANTÉ MATERNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE À CUBA

**Deuxième rapport du
Sous-comité sur la santé des populations du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Président
L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente
L'honorable Lucie Pépin

Février 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39^e législature – 2^{ième} session

| | |
|---|----|
| ORDRE DE RENVOI..... | i |
| MEMBRES..... | ii |
| RÉSUMÉ | 1 |
| INTRODUCTION..... | 7 |
| CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE | 8 |
| SANTÉ MATERNELLE ET DÉVELOPPEMENT SAIN DES ENFANTS | 9 |
| 1. Les polycliniques..... | 10 |
| 2. Santé maternelle et infantile | 11 |
| 2.1 Services de génétique médicale..... | 13 |
| 2.2 Partogramme..... | 14 |
| 2.3 Maisons maternelles..... | 14 |
| 2.4 Résultats en matière de santé maternelle et infantile | 15 |
| 3. Développement et éducation de la petite enfance | 16 |
| 3.1 <i>Círculos infantiles</i> | 17 |
| 3.2 <i>Educa a Tu Hijo</i> | 18 |
| 3.3 Le personnel enseignant | 20 |
| 3.4 Les enfants handicapés..... | 21 |
| 3.5 Les arts dans l'éducation de la petite enfance | 21 |
| 3.6 Les sports, l'éducation et la santé..... | 21 |
| SURVEILLANCE ET ÉVALUATION | 22 |
| ASSISTANCE INTERNATIONALE..... | 23 |
| RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET DES OBSERVATIONS DU SOUS-COMITÉ | 24 |
| ANNEXE 1 – ORDRE DU JOUR – VISITE D'ÉTUDE À CUBA..... | 27 |
| ANNEXE 2 – LISTE DES TÉMOINS | 32 |

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée.

MEMBRES

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet de la *Santé maternelle et le développement de la petite enfance à cuba*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs : Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

Autre sénateur ayant participé de temps en temps à cette étude:

L'honorable sénateur Jim Munson

RÉSUMÉ

LA SANTÉ MATERNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE À CUBA

CONTEXTE

- L'Agence de la santé publique du Canada a défini 12 facteurs influant sur la santé, appelés déterminants de la santé. Le développement de la petite enfance en est probablement l'un des plus importants. Les premières années de la vie d'un enfant jouent un rôle déterminant dans son développement ultérieur étant donné que c'est à ce stade précoce que sont jetées les bases du développement physique, mental et social futur. Cuba fournit un excellent exemple de programme s'adressant à l'ensemble de la population qui adopte une approche préventive pour favoriser la santé, l'éducation et le développement des enfants dès leur plus jeune âge.
- Acceptant l'invitation de l'ambassadeur de Cuba au Canada, Son Excellence Ernesto A. Sentí, le Sous-comité a mené une mission d'étude sur les programmes de développement de la petite enfance de Cuba dans le but d'obtenir de l'information de première main quant à leur contenu, à leur structure, à leur coût, à leur fonctionnement, à leur gestion et à leur incidence.
- La mission s'est déroulée du 12 au 19 janvier 2008. Les membres du Sous-comité ont rencontré des représentants de nombreux ministères, d'établissements de santé et d'enseignement, d'instituts de recherche et d'organisations internationales, de même que des membres de l'Assemblée nationale du pouvoir populaire (Parlement cubain).

CONCLUSIONS

A. Polycliniques

- Un élément clé de l'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance est ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Celle-ci joue un rôle beaucoup plus grand que celui de la clinique de santé telle que la conçoivent les Canadiens. En plus d'offrir des soins de santé primaires, cet établissement local assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité.

- Les polycliniques sont multidisciplinaires. Elles sont axées sur la prévention, entreprennent régulièrement des projets de dépistage universel et recommandent fortement l'immunisation. Elles servent en outre à la formation médicale et pédagogique. De plus, le personnel des polycliniques travaille en étroite collaboration avec les enseignants des centres de développement de la petite enfance, des centres préscolaires et des écoles primaires. Ils tiennent des réunions périodiques (semestrielles) afin de discuter de la santé mentale et physique générale des enfants de la collectivité. Enfin, les polycliniques font fonction de ressource pour la collecte de données et la recherche scientifique et de plaque tournante pour les percées scientifiques (transfert des connaissances). Par exemple, le personnel participe régulièrement à des études de prévalence dans l'ensemble de la population, conçues par des scientifiques travaillant dans différents ministères.
- Le lien étroit qui existe entre le personnel de la polyclinique et la population qu'elle dessert crée un système de santé où, au niveau de la rue, chaque aspect de la condition humaine est pris en compte – des soins de santé maternelle à l'enseignement aux aînés du rôle de conseiller pour les petits-enfants.

B. Santé maternelle

- Lorsqu'une Cubaine devient enceinte, elle a accès à un certain nombre de services spécialisés, notamment des services de génétique médicale, le partogramme et les maisons maternelles, au besoin.
- La génétique médicale a été intégrée à tous les niveaux du système de santé cubain et un service d'évaluation des risques génétiques est offert dans chaque polyclinique. Toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés bénéficient de ce service.
- Lorsqu'une femme enceinte est identifiée comme étant à risque, un partogramme (plan des soins nécessaires) est établi afin de faciliter la navigation au sein du système de santé. La femme est renvoyée à l'hôpital le mieux adapté à ses facteurs de risque; à partir de ce moment, une équipe commence à lui dispenser les soins nécessaires et s'occupe d'elle jusqu'à la naissance de son enfant.
- Les femmes enceintes qui risquent d'avoir des complications en raison de problèmes comme l'hypertension, l'anémie, la mauvaise alimentation, une insuffisance pondérale ou un surpoids peuvent aussi être renvoyées à une maison maternelle, où elles sont suivies comme patientes externes ou y sont admises, tout dépendant de la gravité de leur état.

- Les indicateurs que le ministère cubain de la Santé publique a présentés au Sous-comité démontrent une amélioration constante de la santé maternelle et infantile de 1970 à 2006.

C. Développement et éducation de la petite enfance

- Cuba met en œuvre trois programmes d'éducation préscolaire non obligatoires. Les *círculos infantiles* sont des centres de la petite enfance pour les enfants de six mois à cinq ans dont la mère travaille. Le programme *Educa a Tu Hijo* [Éduque ton enfant] offre une éducation dans un cadre non institutionnel aux enfants d'âge préscolaire qui ne fréquentent pas les centres de la petite enfance; il est offert en milieu familial (pour les enfants de 0 à 2 ans) ou, dans le cadre de groupes informels d'enfants de deux à quatre ans, dans des parcs ou ailleurs dans le quartier. Un programme préparatoire à l'école est offert à tous les enfants de cinq ans, que leur mère travaille ou non.
- Les *círculos infantiles* accueillent 17 % des enfants, tandis que 12 % fréquentent un centre préscolaire et que 71 % participent au programme *Educa a Tu Hijo*. Ensemble, ces trois programmes touchent presque tous les enfants de moins de six ans.
- Les enfants ayant des besoins particuliers en matière d'éducation reçoivent une attention personnalisée de la part des responsables de la polyclinique locale et, avec l'appui du ministère de l'Éducation, ils sont vus par les spécialistes du programme *Educa a Tu Hijo*. Chaque municipalité a une unité de diagnostic d'éventuels troubles du développement; une équipe multidisciplinaire évalue l'enfant et donne des conseils à la famille.
- Une étude comparative des élèves de troisième et de quatrième année de onze pays d'Amérique latine effectuée par l'UNESCO en 1998 a démontré que les élèves cubains avaient obtenu les meilleurs résultats en mathématiques et en langue. Une mise à jour de l'étude effectuée en 2007 (devant être publiée sous peu) indique à nouveau que les enfants cubains devancent de beaucoup les enfants latino-américains.

OBSERVATIONS DU SOUS-COMITÉ

- Le Sous-comité a été frappé par les propos d'un témoin qui a déclaré que les Cubains « vivent comme des pauvres, mais meurent comme des riches » [traduction]. C'est là le véritable paradoxe cubain – un pays en développement qui présente les indicateurs de santé d'un pays développé. Cuba est renommée mondialement pour ses invariables indicateurs de

bonne santé malgré sa situation économique précaire. Ces réalisations sont particulièrement remarquables compte tenu des embargos sévères sur le commerce et les services décrétés contre Cuba.

- Le pragmatisme de l'approche cubaine à l'égard de la santé et de l'éducation qui vise l'utilisation optimale de ressources restreintes dans le but d'atteindre un objectif clairement défini est admirable.
- Il convient de noter que les fournisseurs de soins de santé et les éducateurs de Cuba manifestent énormément d'engagement et de dévouement à l'égard de leur travail et qu'ils en tirent une grande fierté. Ils semblent éprouver beaucoup de satisfaction professionnelle et personnelle à faire partie d'une équipe qui contribue à l'atteinte d'un objectif global.
- Le Sous-comité croit que les relations étroites que le fournisseur de services (enseignant/médecin/infirmière, etc.) entretient avec l'enfant et la famille lui permettent de comprendre le milieu dans lequel vit l'enfant et de fournir à celui-ci l'aide dont il a besoin.
- Le diagnostic précoce, la recherche, l'évaluation et la surveillance continue sont les éléments clés des programmes cubains. La détection précoce des grossesses à risque, les examens médicaux semestriels et la détection précoce des problèmes de développement de l'enfant sont des mesures de dépistage efficaces qui permettent d'intervenir pendant que l'enfant est en bas âge et d'éviter ainsi le recours à des mesures plus coûteuses ultérieurement.
- Le Sous-comité partage l'avis des représentants cubains qui avancent que l'éducation non institutionnelle faisant jouer un rôle de premier plan à la famille et à la collectivité est une solution de rechange valable pour assurer l'éducation et le développement intégré des enfants. Il reconnaît que les programmes cubains jouent un rôle important pour ce qui est d'accroître le niveau de compétence et la participation de la famille afin d'assurer une éducation de qualité aux enfants.
- Cuba accorde une grande importance à la science comme en témoigne l'établissement de vastes bases de données et l'accent mis sur l'évaluation systématique des programmes. Dans la mesure du possible, les politiques gouvernementales reposent sur des données scientifiques précises. De plus, la qualité de la plupart de ses recherches scientifiques est excellente.
- Le Sous-comité tient toutefois à souligner que Cuba reste aux prises avec un certain nombre de graves problèmes, notamment l'insécurité alimentaire, de graves pénuries de logements, l'absence de liberté d'expression, la restriction des droits individuels et la stagnation économique généralisée – qui concernent d'importants déterminants de la santé.

- Malgré tout, Cuba surpasse à peu près tous les pays de revenu similaire pour ce qui est de l'éducation et des soins de santé. Selon nous, parmi une gamme de services favorisant la santé maternelle et infantile, le modèle cubain de programmes institutionnels divers et axés sur la famille qui visent le développement de la petite enfance offre un exemple prometteur d'interventions souples, très efficaces et relativement peu coûteuses.

5

LA SANTÉ MATERNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE À CUBA

Le développement d'un cerveau sain repose pour l'essentiel sur les interactions entre l'aidant et l'enfant. C'est ce qui pousse le cerveau au développement. C'est aussi simple que cela. [...] Si vous réfléchissez à ceci, vous allez constater que ce que je vous dis [...] est que les parents [et les aidants] doivent être la cible prioritaire de toute mesure de prévention en santé.

[Stuart Shanker, Délibérations (4:44)]⁽¹⁾

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie examine les politiques publiques susceptibles d'améliorer l'état de santé général et de réduire les disparités sur le plan de la santé. Au cours d'une série d'audiences préliminaires tenues à Ottawa entre février et juin 2007, divers témoins ont déclaré au Sous-comité que parmi quelque 11 facteurs influant sur la santé, le développement de la petite enfance est probablement l'un des plus importants déterminants de la santé. Ils ont expliqué que les premières années de la vie d'un enfant jouent un rôle déterminant sur son développement ultérieur étant donné que c'est à ce stade précoce que sont jetées les bases du développement physique, mental et social futur. Cuba fournit un excellent exemple de programme s'adressant à l'ensemble de la population qui favorise l'éducation et le développement des enfants dès leur plus jeune âge. Stuart Shanker, éminent professeur de recherche en philosophie et en psychologie de l'Université York (Ontario) et président du Council of Early Child Development, a mentionné que le pays en développement qu'est Cuba a néanmoins instauré à très peu de frais un programme d'intervention multidimensionnel, universel et financé par l'État très efficace qui appuie le développement de la petite enfance⁽²⁾.

À Cuba, le développement sain de tous les enfants est une telle priorité que des mesures sont prises dès la conception et se poursuivent jusqu'à l'entrée à l'école primaire. Selon le professeur Shanker, cette approche *préventive* à l'égard de la santé de la population a été adoptée pour des raisons pratiques : le pays n'aurait pu obtenir pareils résultats s'il avait plutôt choisi de se concentrer sur le *traitement* des maladies mentales et physiques. Obligé de miser avant tout sur la rentabilité, l'État a élaboré divers programmes visant à améliorer la santé mentale et physique de sa population à long terme et mis en place un système ingénieux de dépistage et d'intervention précoces visant à atténuer les conséquences de problèmes d'ordre biologique ou social.

(1) Dans le présent rapport, les témoignages figurant dans les *Délibérations du Sous-comité sur la santé des populations* sont indiqués seulement par le numéro de fascicule et le numéro de page.

(2) La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a aussi identifié le Cuba d'après la révolution comme un exemple important de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population à relativement peu de frais. Voir : Commission des déterminants sociaux de la santé, *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*, document d'information, Organisation mondiale de la santé, mars 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf.

Acceptant l'invitation de l'ambassadeur de Cuba au Canada, Son Excellence Ernesto A. Sentí, le Sous-comité a mené une mission d'étude sur les programmes de développement de la petite enfance de Cuba dans le but d'obtenir de l'information de première main quant à leur contenu, à leur structure, à leur coût, à leur fonctionnement, à leur gestion et à leur incidence. Au cours de la mission, qui s'est déroulée du 12 au 19 janvier 2008, le Sous-comité a rencontré des représentants de nombreux ministères, d'établissements de santé et d'enseignement, d'instituts de recherche et d'organisations internationales, de même que des membres de l'Assemblée nationale du pouvoir populaire (Parlement cubain). L'annexe A contient la liste complète des réunions. Le présent rapport résume les conclusions et les observations du Sous-comité au sujet des programmes cubains.

L'approche préventive à l'égard de la santé de la population a été adoptée pour des raisons pratiques : le pays n'aurait pu obtenir pareils résultats s'il avait plutôt choisi de se concentrer sur le traitement des maladies mentales et physiques. Obligé de choisir la rentabilité avant, l'État a élaboré divers programmes visant à améliorer la santé mentale et physique de sa population à long terme et mis en place un système ingénieux de dépistage et d'intervention précoces visant à atténuer les conséquences de problèmes d'ordre biologique ou social.

CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE

La République de Cuba se trouve sur une île située au nord des Caraïbes, au confluent de la mer des Caraïbes, du golfe du Mexique et de l'océan Atlantique, à 150 km au sud de Key West, Floride. Elle compte 14 provinces et une municipalité spéciale et couvre une superficie totale de 110 860 km². En 2007, la population est évaluée à 11,4 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 102,7 habitants par kilomètre carré. La population est issue d'un mélange ethnique, la majorité des habitants étant métis ou mulâtres⁽³⁾.

Cuba est demeurée une colonie espagnole de l'arrivée de Christophe Colomb en 1492 jusqu'à son accession à l'indépendance, en 1902. Durant la première moitié du XX^e siècle, l'île a oscillé entre élections démocratiques et coups militaires, le dernier ayant eu lieu en 1959 lorsque Fidel Castro, à la tête d'une armée rebelle, a instauré une république socialiste. En 1962, les États-Unis ont imposé un embargo commercial contre Cuba. En réaction à cette mesure, Fidel Castro a signé un accord commercial avec l'Union soviétique.

Toutefois, depuis 1990, Cuba traverse une grave crise économique résultant de la rupture de ses relations commerciales avec ses anciens partenaires de l'Europe de l'Est et de l'interruption des subventions versées par l'ancienne Union soviétique (qui totalisaient entre quatre et six milliards de dollars par année). En 2006, le PIB par habitant était évalué à 4 100 \$, selon la PPA (comparativement à 35 700 \$ au Canada)⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

(3) Central Intelligence Agency (CIA), *The World Factbook*, 2007, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

(4) *Ibid.*

(5) La PPA ou « parité des pouvoirs d'achat » est un indice international de prix établi en comparant les prix de biens identiques dans divers pays. Il indique à quel taux doit être convertie une devise pour acheter un panier de biens et de services équivalents dans la devise d'un autre pays. L'ajustement du dollar en fonction de la PPA permet de comparer les prix de produits identiques dans divers pays. La PPA n'est donc pas simplement une conversion monétaire, mais une équivalence qui prend en compte la valeur réelle attribuée à un panier de biens et de services.

Le Canada entretient des relations commerciales avec Cuba depuis fort longtemps. Dès le XVIII^e siècle, des vaisseaux des provinces canadiennes de l'Atlantique échangeaient de la morue et de la bière contre du rhum et du sucre. Aujourd'hui, Cuba est le plus important marché d'exportation du Canada dans les Caraïbes et l'Amérique centrale, et la valeur des échanges bilatéraux représente plus d'un milliard de dollars. En 2006, les exportations canadiennes s'élevaient à 513 millions de dollars. L'ambassadeur du Canada à Cuba, Jean-Pierre Juneau, a déclaré au Sous-comité que le Canada est l'une des principales sources d'investissement étranger direct à Cuba, surtout dans les domaines de l'extraction du nickel, du pétrole et du gaz, et la plus importante source de touristes dans ce pays (plus de 600 000 par année). Il a également expliqué que le programme d'aide canadien, qui dispense plus de 10 millions de dollars par année, vise à aider les Cubains à assurer le développement durable à long terme, l'équité et une saine gouvernance en leur faisant connaître les valeurs et les approches canadiennes qui favoriseront l'édification d'institutions démocratiques et leur permettront de réussir dans une économie mondialisée.

Fidel Castro est demeuré à la tête du pays de 1959 jusqu'à juillet 2006 lorsqu'il a délégué ses fonctions à son frère, le premier vice-président Raúl Castro, pour des raisons de santé. Les représentants du Parlement cubain ont expliqué au Sous-comité que leur système de gouvernement est très différent de celui de la plupart des autres pays. Cuba ne compte qu'un seul parti politique. Le Parlement est l'élément clé du système politique cubain, qui compte en outre 15 assemblées provinciales, 169 assemblées municipales et des centaines de conseils populaires et de circonscriptions à l'échelon local⁽⁶⁾.

Un élément clé de l'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance est ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Il s'agit d'un établissement local qui assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité.

SANTÉ MATERNELLE ET DÉVELOPPEMENT SAIN DES ENFANTS

Conjuguée à un niveau élevé de décentralisation, d'initiatives intersectorielles et de participation collective, la structure monolithique du gouvernement cubain a favorisé l'élaboration de politiques et de programmes nationaux touchant la santé maternelle et l'éducation de la petite enfance. La santé et l'éducation sont considérées comme des priorités nationales; les programmes à cet égard sont fondés sur des principes d'universalité, de gratuité, d'accès équitable et de contrôle gouvernemental. Un élément clé de l'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance est ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Il s'agit d'un établissement local qui assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité.

(6) Jorge Lezcano Pérez, *How Does the Cuban Parliament Work?*, People's Power Editions, La Havane, 10 juillet 2004.

1. Les polycliniques

Il existe à Cuba 498 polycliniques qui servent principalement de cliniques de santé dans les collectivités locales⁽⁷⁾. Réparties dans toutes les régions du pays, elles sont conçues pour faire en sorte que les médecins et les infirmières et infirmiers qui y travaillent (ou les médecins de premier recours œuvrant sous leur égide) connaissent toutes les personnes de la collectivité desservie et en soient responsables. Leurs tâches comprennent des visites à domicile et des examens médicaux réguliers (deux fois par année). La polyclinique joue un rôle beaucoup plus grand que celui de la clinique de santé telle que la conçoivent les Canadiens :

- Premièrement, le personnel de la polyclinique est multidisciplinaire; en plus des médecins et des infirmières et infirmiers, il peut y avoir un psychologue, un psychiatre, un sociologue, un travailleur social, un dentiste, un orthophoniste, un physiothérapeute, un éducateur et d'autres spécialistes.
- Deuxièmement, la polyclinique est axée sur la prévention et tente de cerner les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent; elle entreprend régulièrement des projets de dépistage universel et recommande fortement l'immunisation. Au cours de sa visite, le Sous-comité a appris que la polyclinique découvre souvent qu'un patient est diabétique bien avant que celui-ci ne se doute qu'il est malade. Les polycliniques appliquent cette approche au développement de la petite enfance pour tenter de déceler les problèmes chez les nourrissons et les jeunes enfants avant que les périodes cruciales de développement du cerveau ne prennent fin et que des problèmes biologiques ne se répercutent sur le développement des enfants par la suite.
- Troisièmement, la polyclinique sert à la formation médicale et pédagogique. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers reçoivent une grande partie de leur formation dans une polyclinique, qui est bien souvent celle à laquelle ils seront affectés après l'obtention de leur diplôme.
- Quatrièmement, le personnel de la polyclinique travaille en étroite collaboration avec les enseignants des centres de développement de la petite enfance, des maternelles et des écoles et primaires. Ils tiennent des réunions périodiques (semestrielles) afin de discuter de la santé mentale et physique générale des enfants de la collectivité. Ces rencontres ont une double utilité : le personnel préscolaire et pédagogique bénéficie d'une formation permanente (notamment en pédiatrie du développement, en psychologie du développement, en nutrition, en hygiène et en éducation sexuelle), tandis que le personnel de la polyclinique apprend à mieux connaître les enfants de la collectivité par l'entremise directe des enseignants et profite de la sagesse pratique de ceux-ci. Dès qu'un problème est constaté, l'enfant est renvoyé à l'équipe multidisciplinaire de la polyclinique.
- Cinquièmement, la polyclinique fait fonction de ressource pour la collecte de données et la recherche scientifique et de plaque tournante pour les percées scientifiques (transfert des connaissances). Par exemple, le personnel participe à des études de prévalence dans l'ensemble de la population, conçues par des scientifiques travaillant dans les différents

(7) En plus des polycliniques, Cuba compte 14 078 cabinets de médecins de famille, ce qui permet d'offrir, dans l'ensemble, un médecin pour 159 habitants et une infirmière ou un infirmier pour 79,5 habitants. Selon l'information fournie par le ministère cubain de la Santé publique, *Health in Cuba 2007*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 14 janvier 2008.

ministères. Compte tenu des liens étroits avec les membres de la collectivité, et de la profonde confiance qui en découle, ces études révèlent des taux de conformité remarquablement élevés à Cuba. De plus, des scientifiques sont fréquemment affectés à des polycliniques où ils entreprennent des recherches universitaires et facilitent le transfert de connaissances avec les travailleurs de la collectivité.

2. Santé maternelle et infantile

L'accent que met Cuba sur la santé maternelle et infantile résulte de la culture et des valeurs de sa société. Son Programme de santé maternelle et infantile repose aussi sur la forte participation des familles et de leur collectivité, et fait intervenir dès les premières étapes un secteur des soins de santé primaires bien pensé et intégré, qui englobe les cabinets locaux de médecins de famille et les polycliniques des collectivités. Ce programme doit une grande partie de son succès au fait que le

Le lien étroit qui existe entre le médecin et les familles du voisinage crée un système de santé où, au niveau de la rue, chaque aspect de la condition humaine est pris en compte – des soins de santé maternelle à l'enseignement aux aînés du rôle de conseiller pour les petits-enfants.

personnel médical est en mesure de connaître personnellement les membres de la population dont il est responsable et d'entretenir d'étroites relations avec eux, ce qui l'aide à mener beaucoup d'activités de promotion de la santé et de médecine préventive en plus de dispenser des services de santé primaires. Le lien étroit qui existe entre le médecin et les familles du voisinage crée un système de santé où, au niveau de la rue, chaque aspect de la condition humaine est pris en compte – des soins de santé maternelle à l'enseignement aux aînés du rôle de conseiller pour les petits-enfants. Le système fait intervenir tous les membres du voisinage, créant ainsi les conditions sanitaires optimales dans une société très pauvre selon les normes canadiennes. Tous les Cubains sont « fortement encouragés » à subir deux examens médicaux par année, soit un chez le médecin et un à domicile. À cet égard, Roger Downer, président, Université de Limerick (Irlande), qui a accompagné le Sous-comité en tant qu'observateur, a raconté une anecdote concernant une journaliste américaine vivant à La Havane. Un soir, une infirmière du cabinet de son médecin de famille a frappé à sa porte pour lui dire : « Vous m'avez obligée à monter trois étages pour venir vous chercher parce que vous ne vous êtes pas présentée à la clinique pour votre test de dépistage du cancer du col. Suivez-moi tout de suite je vous prie⁽⁸⁾. »

Le Sous-comité a appris que le Programme de santé maternelle et infantile du ministère cubain de la Santé publique vise les objectifs suivants : améliorer la qualité de la santé de la reproduction; réduire les occurrences de maladies liées à la grossesse et à l'insuffisance de poids à la naissance; abaisser la fréquence des complications périnatales, des infections respiratoires graves et des accidents; promouvoir l'allaitement; favoriser le diagnostic précoce du cancer du col utérin. Dans le cadre de ce Programme, les femmes enceintes doivent faire au moins 12 visites chez le médecin pendant leur grossesse; elles reçoivent une échographie, une analyse de l'alpha-fœtoprotéine, de fréquentes analyses de sang et d'urine, une sérologie, un test de dépistage du VIH, des tests cytogénétiques (dans le cas de femmes ayant une première grossesse à un âge tardif) et un dépistage de l'hypothyroïdie, et sont visées par la recherche sur la

(8) Roger Downer, « Should Irish Healthcare Take Cuban Lessons? », *The Irish Times*, le mardi 13 février 2007.

phénylcétonurie chez les nouveau-nés et en puériculture⁽⁹⁾. De nombreux représentants cubains qui ont rencontré le Sous-comité étaient d'avis qu'un réseau solide de soins primaires est essentiel pour assurer un degré de surveillance régulière des futures mères qui commence avant même la grossesse.

Toutefois, en dépit des nombreux responsables des soins primaires qui s'occupent de l'exécution du programme, il reste des lacunes. Une révision des protocoles thérapeutiques et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires à l'intention des spécialistes des soins de niveaux primaire et secondaire a été entreprise en novembre 2005 dans le but de réduire ou de supprimer ces lacunes. Elle a donné lieu à une meilleure organisation des services, à une attention plus individualisée accordée aux futures mères à risque, et à l'instauration d'une technologie améliorée. Le point de départ de la réforme consistait à déterminer les mesures à prendre pour mieux s'occuper des femmes à risque avant même qu'elles ne soient enceintes afin de mieux contrôler des troubles comme l'hypertension qui comportent des risques pendant une grossesse. Lorsqu'une femme ayant des facteurs de risque devient enceinte, on cherche des façons de maximiser les soins individualisés qu'elle reçoit. Elle fait alors l'objet d'une surveillance étroite de la part du médecin de famille, de la polyclinique et de l'hôpital par l'intermédiaire d'une équipe de médecins chargée de lui prodiguer des soins dès le début.

Bien avant la grossesse, son équipe établit une classification de la population féminine en fonction d'éventuels facteurs de risque qui pourraient compliquer une grossesse tels que le diabète et l'hypertension. Le personnel des soins primaires identifie les femmes qui souhaitent tomber enceinte et s'occupe de celles qui ont un ou plusieurs facteurs de risque afin d'atténuer ceux-ci et d'améliorer les paramètres biologiques, et il les aide à planifier la conception lorsque leur état physique est optimal.

Une des visites du Sous-comité s'est déroulée à la polyclinique « 5 de Septiembre » du district Santa Fé de La Havane. Cette polyclinique est responsable d'une partie de la ville qui occupe 8,2 km² et compte une population d'environ 25 000 personnes et qui s'enorgueillit de n'avoir eu aucune mortalité infantile ni aucune mortalité maternelle en 2007. La directrice de la polyclinique a expliqué que par des services de soins primaires, son équipe a une approche préventive à l'égard de la santé maternelle et infantile. Bien avant la grossesse, son équipe établit une classification de la population féminine en fonction d'éventuels facteurs de risque qui pourraient compliquer une grossesse tels que le diabète et l'hypertension. Le personnel des soins primaires identifie les femmes qui souhaitent devenir enceinte et s'occupe de celles qui ont un ou plusieurs facteurs de risque afin d'atténuer ceux-ci et d'améliorer les paramètres biologiques, et il les aide à planifier la conception lorsque leur état physique est optimal.

Lorsqu'une Cubaine tombe enceinte, elle a accès à un certain nombre de services spécialisés, notamment des services de génétique médicale, le partogramme et les maisons maternelles. Ces services sont traités séparément ci-dessous.

(9) Ministère cubain de la Santé publique, *Health in Cuba 2007*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 14 janvier 2008.

2.1 Services de génétique médicale

Le Sous-comité a appris que Cuba a récemment réalisé ses plus importants progrès en médecine dans le domaine de la génétique, surtout à l'échelon local. On estime que, sur le taux de mortalité infantile de 5,3 pour 1 000 naissances vivantes, environ 1,3 décès est dû à une déficience congénitale; Cuba espère réduire ce taux encore plus grâce à un programme de génétique médicale.

La génétique médicale a été intégrée à tous les niveaux du système de santé cubain et un service d'évaluation des risques génétiques est offert dans toutes les polycliniques. En fait, toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés bénéficient de ce service. En 2006, 97 % de tous les nouveau-nés de Cuba ont fait l'objet d'un dépistage génétique. Ces services reçoivent l'appui de 169 centres municipaux de génétique médicale, de 14 centres provinciaux de génétique médicale et du Centre national de génétique médicale, qui sont tous dotés de généticiens, de conseillers en génétique, d'infirmières et infirmiers et de techniciens (il y a environ un conseiller en génétique pour 17 536 habitants)⁽¹⁰⁾. Ensemble, ces professionnels et ces techniciens exécutent le Programme national de diagnostic, de gestion et de prévention des maladies génétiques et des déficiences congénitales, qui offre les services suivants à l'échelon local :

FIGURE 1 – Services de génétique médicale

| ÉTAPE | SERVICES |
|--|---|
| <i>Avant le mariage, avant la grossesse, avant et après la naissance</i> | <ul style="list-style-type: none">• Service de consultation génétique |
| <i>Soins prénatals</i> | <ul style="list-style-type: none">• Électrophorèse de l'hémoglobine visant à détecter un risque accru de drépanocytose• Alpha-fœtoprotéine dans le sérum maternel• Échographie génétique au cours des premier et deuxième trimestres de la grossesse• Diagnostic cytogénétique prénatal pour les grossesses à risque |
| <i>Soins néonataux</i> | <ul style="list-style-type: none">• Dépistage néonatal de cinq maladies : la phénylcétonurie, la galactosémie, le déficit en biotinidase, l'hyperplasie surrénale congénitale et l'hypothyroïdie congénitale. |

Source : Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, *Medical Genetic Services in The National Health System in Cuba*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 16 janvier 2007.

Actuellement, la sensibilisation des travailleurs de la santé et de la population à la génétique médicale est une priorité. Le Centre national de génétique médicale de Cuba a également les priorités suivantes en matière de recherche :

- Épidémiologie génétique : prévalence de maladies génétiques et complexes au sein de la population cubaine.
- Cartographie de nouvelles mutations de gènes connus ou de nouveaux gènes liés à des maladies génétiques et complexes au sein de familles cubaines.

(10) Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, *Medical Genetic Services in The National Health System in Cuba*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 16 janvier 2007.

- Évaluation de l'incidence des services de consultation génétique, de la connaissance de la population cubaine relative aux services de génétique médicale et de sa disposition à cet égard.
- Modèles transgéniques pour l'étude des fonctions des protéines et des mécanismes immunologiques dans la prédisposition génétique aux maladies infectieuses.
- Prédisposition génétique à des maladies courantes : maladie d'Alzheimer, asthme, diabète, hypertension, dépression, troubles bipolaires, cancer familial, maladie coronarienne, schizophrénie, maladie de Parkinson, etc.
- Causes des principales incapacités de la population cubaine.
- Vieillesse.

Cuba tient divers registres nationaux afin de faciliter les recherches en cours. Il a notamment un registre des anomalies congénitales (vérification effectuée auprès de 97 % des nouveau-nés), un registre des personnes handicapées (366 000 personnes), un registre des jumeaux (55 000 paires de jumeaux) et un registre de familles concernant des maladies courantes (34 128 familles y sont recensées). Le Centre de génétique médicale a attiré l'attention du Sous-comité sur le fait que des instruments juridiques ont été élaborés afin de protéger la confidentialité des données génétiques individuelles, de réglementer la création de banques de données génétiques et la communication de données génétiques à d'autres pays à des fins de diagnostic et de recherche, et de garantir le respect de normes éthiques dans le cadre des activités de diagnostic et de recherche génétiques.

2.2 Partogramme

Le partogramme est une innovation qui a été intégrée au système de santé cubain afin de faciliter la navigation au sein de celui-ci: il donne un aperçu des étapes critiques de chaque grossesse à risque. Lorsqu'une patiente est identifiée comme étant à risque par son médecin de premier recours et l'obstétricien-gynécologue de sa polyclinique, elle est renvoyée à l'hôpital le mieux adapté à ses facteurs de risque: à partir de ce moment, une équipe commence à lui dispenser les soins nécessaires. En conséquence, chaque mois, dans une région géographique donnée, le personnel de l'hôpital et les fournisseurs de soins primaires de l'endroit se réunissent pour discuter des patientes dont l'accouchement est prévu sous peu et pour déterminer si les mesures envisagées conviennent au niveau et à la nature de chaque cas⁽¹¹⁾.

2.3 Maisons maternelles

La maison maternelle est une autre mesure conçue pour appuyer les mères à risque. Il s'agit d'un centre pour les femmes enceintes qui risquent d'avoir des complications en raison de problèmes comme l'hypertension, l'anémie, la mauvaise nutrition, une insuffisance pondérale ou un surpoids. Les femmes que le médecin de famille ou la polyclinique renvoient à une maison maternelle y sont suivies comme patientes externes ou y sont admises, tout dépendant de la gravité de leur état. Les maisons maternelles veillent à ce que les femmes enceintes reçoivent des soins médicaux adéquats, se reposent suffisamment et aient une saine alimentation dans un endroit relativement près de leur domicile de sorte que leur famille puisse facilement les visiter. Il existe actuellement à Cuba 289 maisons maternelles qui sont établies dans chaque municipalité du pays.

⁽¹¹⁾ Gail Reed, "The Story Behind Cuba's Decline in Infant Mortality," *MEDICC Review*, 21 janvier 2007. http://www.medicc.org/publications/cuba_health_reports/008.php.

Au cours de sa mission d'étude, le Sous-comité a visité la maison maternelle Leonar Perez Cabrera située dans la Vieille Havane. Décrite comme un centre typique, elle est dotée de 20 infirmières et infirmiers et de cinq médecins : deux omnipraticiens, deux obstétriciens-gynécologues et un médecin spécialisé en nutrition. Il offre sur place des services de dentisterie, d'échographie et de laboratoire, et dispose de suffisamment de lits pour accueillir 50 patientes. La mauvaise alimentation a été mentionnée comme étant le principal problème. Pour sa part, la directrice de la polyclinique « 5 de Septiembre » a laissé entendre que c'était grâce à la maison maternelle locale que les taux d'insuffisance pondérale à la naissance avaient pu être réduits.

La directrice de la polyclinique « 5 de Septiembre » a laissé entendre que c'était grâce à la maison maternelle locale que les taux d'insuffisance pondérale à la naissance avaient pu être réduits.

2.4 Résultats en matière de santé maternelle et infantile

Les nombreux efforts déployés dans le cadre du Programme de santé maternelle et infantile semblent porter fruit. Les indicateurs ci-dessous, qui ont été communiqués au Sous-comité par le ministère cubain de la Santé publique, démontrent une amélioration constante de la santé maternelle et infantile.

FIGURE 2 – Indicateurs du Programme de santé maternelle et infantile, 1970-2006

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2006 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) | 38,7 | 19,6 | 10,7 | 9,4 | 7,2 | 6,5 | 6,3 | 5,8 | 5,3 |
| Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 enfants) | 43,7 | 24,2 | 13,2 | 12,5 | 9,1 | 8,1 | 8 | 7,7 | 7,1 |
| Insuffisance pondérale (%) | 10,3 | 9,7 | 7,6 | 7,9 | 6,1 | 5,9 | 5,5 | 5,5 | 5,4 |
| Mortalité maternelle (pour 10 000 naissances vivantes) | -- | -- | -- | 4,8 | 4 | 4,1 | 4 | 3,9 | 4,9 |

Source : Ministère cubain de la Santé publique, *Health in Cuba 2007*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 14 janvier 2008.

Des données récentes indiquent qu'en 2007, le taux de mortalité infantile à Cuba est resté stable, à 5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes, égalant celui de 2006, le plus bas jamais enregistré⁽¹²⁾. Cuba s'est ainsi classé deuxième, derrière le Canada, dans l'ensemble des Amériques⁽¹³⁾.

⁽¹²⁾ « Cuba Child Death Lowest in LatAm », *Prensa Latina*, 4 janvier 2008, http://news.caribseek.com/Cuba/Prensa_Latina_printer_60500.shtml

⁽¹³⁾ Orfilio Pelaez, « Cuba détient le taux le plus bas de mortalité infantile en Amérique latine », *Granma International*, 3 janvier 2007, <http://www.granma.cu/frances/2007/enero07/mier3/mortali.html>.

3. Développement et éducation de la petite enfance

L'engagement de Cuba à l'égard de l'éducation de base vise notamment l'éducation globale des jeunes enfants qui a pour objectif « d'assurer le meilleur développement possible de l'enfant ». Les représentants du ministère de l'Éducation ont déclaré au Sous-comité que des services d'éducation préscolaire non obligatoire sont offerts aux enfants de six mois à cinq ans selon trois formules :

L'engagement de Cuba à l'égard de l'éducation de base vise notamment l'éducation globale des jeunes enfants qui a pour objectif « d'assurer le meilleur développement possible de l'enfant ».

- Les centres de la petite enfance, appelés *círculos infantiles*, sont des garderies pour les enfants de six mois à cinq ans dont la mère travaille. Certains offrent également l'éducation préscolaire.
- Le programme *Educa a Tu Hijo* [Éduque ton enfant] offre une éducation dans un cadre non institutionnel aux enfants d'âge préscolaire qui ne fréquentent pas les centres de la petite enfance. Fondé sur l'éducation en milieu familial (pour les enfants de 0 à 2 ans), l'enseignement est dispensé dans le cadre de groupes informels d'enfants de deux à quatre ans, dans des parcs ou ailleurs dans le quartier.
- Un programme préparatoire à l'école est offert à tous les enfants de cinq ans, que leur mère travaille ou non.

Les *círculos infantiles* accueillent 17 % des enfants, tandis que 12 % fréquentent la prématernelle et que 71 % participent au programme *Educa a Tu Hijo*. Ensemble, ces trois programmes touchent presque tous les enfants de moins de six ans⁽¹⁴⁾. L'école primaire est obligatoire pour les enfants de six à 14 ans⁽¹⁵⁾.

Figure 3 – Taux de fréquentation à Cuba en 2003-2004, par groupes d'âge

| | 0-2 ans | 3 ans | 4 ans | 5 ans | 6 ans |
|--|---------|--------|--------|-------|--------|
| Taux de fréquentation au niveau préscolaire | 11 % | 99,1 % | 99,7 % | 100 % | 0 % |
| Taux de fréquentation au niveau primaire | | | | 1 % | 99,2 % |

Source: UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE) », profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous - 2007, 2006*.

⁽¹⁴⁾ UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE), profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous - 2007, 2006*.

⁽¹⁵⁾ *Ibid.*

3.1 *Círculos infantiles*

Créés en 1961, ces centres de la petite enfance gratuits et ouverts toute la journée sont aujourd'hui plus de 1 100 à Cuba⁽¹⁶⁾ et accueillent environ 110 000 enfants.⁽¹⁷⁾ Ils respectent tous les lignes directrices établies par le gouvernement cubain. Ils rassemblent les enfants en fonction de leur âge, par groupes de 30 au maximum, sauf au niveau préscolaire, où les groupes sont limités à 20 enfants. Les centres sont ouverts de 6 h à 19 h, et les enseignants et autres employés y travaillent selon un horaire décalé. Les enfants arrivent généralement vers 8 h et repartent au plus tard à 19 h, selon l'horaire de travail de leurs parents.

Le Sous-comité a visité le *círculo infantil* Rayitos de sol dans le village de Jaruco, qui se trouve dans une région rurale de La Havane. Cent dix enfants fréquentent ce centre qui compte 33 employés, dont 15 enseignants (éducateurs et assistants en éducation), une infirmière à plein temps et un médecin qui se trouve sur place trois jours par semaine. Les membres du Sous-comité ont pu observer de jeunes enfants (de deux ou trois ans) faire des exercices pour améliorer leurs habiletés motrices et leur développement cognitif, et des enfants un peu plus âgés (trois ou quatre ans) accomplir diverses activités imitant la vie de tous les jours, comme faire à manger, aller à l'école, parler au téléphone et conduire un autobus. Le centre cultive aussi un jardin que les enfants aident à entretenir et qui produit de la nourriture pour les repas qui y sont servis.

Le programme d'éducation préscolaire pour les enfants de 0 à 6 ans vise à optimiser le développement intégré de chaque enfant afin de bien les préparer pour l'école. Il comporte les éléments suivants : développement sociomoral, développement moteur, connaissance du monde, langue maternelle, expression artistique, musique, expression corporelle et jeu. Le processus éducationnel s'articule autour de quatre genres d'activités : programmées, indépendantes et complémentaires ainsi que certaines pratiques (repas, repos, hygiène et bain).

Il y a trois catégories de centres de la petite enfance : les centres de jour ordinaires, ouverts cinq jours par semaine, accueillent les enfants dont les parents travaillent; les centres pour enfants handicapés répondent aux besoins spéciaux de ces derniers; les pensionnats accueillent des enfants ayant des problèmes d'ordre social.

En 2001, près de 70 % des 880 000 enfants d'âge préscolaire dont la mère ne travaillait pas n'ont pas fréquenté les centres de la petite enfance de Cuba⁽¹⁸⁾. Toutefois, vers la fin des années 1990, toutefois, l'arrivée d'un plus grand nombre de parents sur le marché du travail a engendré une pénurie de places; aucun nouveau centre n'a été construit en raison de la rareté des matériaux de construction. Pour résoudre ce problème, le gouvernement a adopté, en 1992, une politique nationale de congé de maternité qui prévoit des prestations de maternité pendant trois mois avant et après la naissance d'un enfant. Les mères qui prolongent leur congé de six mois, à

⁽¹⁶⁾ Graciella Cruz-Tauro, *Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations*, Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, p. 72, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTauro.pdf.

⁽¹⁷⁾ Ministère cubain de l'Éducation, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 15 janvier 2008, <http://www.one.cu/aec2006/anuariopdf2006/capitulo16/XVI.2.pdf>.

⁽¹⁸⁾ Susan A. Miller, « Early Childhood Education in Cuba », *Childhood Education*, 15 septembre 2002.

leurs frais, ont la garantie de retrouver leur emploi. Les mères qui travaillent peuvent envoyer leur enfant à une garderie gratuitement à partir de l'âge de six mois⁽¹⁹⁾.

3.2 *Educa a Tu Hijo*

En 1992, après dix années de recherche, de mise à l'essai et de perfectionnement, et avec le soutien de l'UNICEF, Cuba a lancé un programme national de services communautaires à l'intention des jeunes enfants et de leur famille appelé *Educa a Tu Hijo* [Éduque ton enfant]. Il s'agit d'une solution non institutionnelle pour les enfants qui ne fréquentent pas un centre de la petite enfance; elle vise à guider les familles et à leur donner les moyens pour stimuler le développement intégré de leurs enfants en se fondant sur leurs propres expériences, intérêts et besoins. Le programme offre notamment les services suivants :

- À l'occasion de leurs visites médicales chez le médecin et les infirmières et infirmiers, les futurs parents reçoivent de l'information et des conseils sur les grossesses en santé et le développement des jeunes enfants.
- Une ou deux fois par semaine, des intervenants rendent visite aux familles ayant des enfants de moins de deux ans et, par des jeux, des conversations et d'autres activités, ils apprennent aux parents à stimuler le développement de leur bébé.
- Les enfants de deux à quatre ans et leur famille se rendent, une ou deux fois par semaine, dans des parcs ou des centres culturels et sportifs en compagnie de conseillers formés dans le développement de l'enfant et la participation familiale.
- Le programme offre également une éducation à environ 7 000 enfants de cinq et six ans vivant dans les régions montagneuses ou rurales trop éloignées des centres de la petite enfance et des écoles primaires. Dans le cadre du programme, les enfants se rendent, une ou deux fois par semaine, dans les écoles primaires avec leur famille afin d'assister à des cours et de participer à des discussions familiales.

Les familles reçoivent l'aide de conseillers qui peuvent être des membres des familles et qui sont choisis par les agences et les organisations participant au programme. Ces conseillers sont formés par des superviseurs appelés « promoteurs ». En juin 2005, le programme comptait environ 116 000 conseillers et 53 000 promoteurs⁽²⁰⁾ qui s'occupaient de plus de 600 000 enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles⁽²¹⁾. Par exemple, il y a dans le village de Jaruco 158 promoteurs et 123 conseillers pour 1 332 enfants. Tous les promoteurs et les conseillers sont bénévoles ou participent au programme dans le cadre de leur emploi.

Le programme propose une série d'activités pour aider les familles à stimuler le développement socio-affectif, cognitif et moteur de l'enfant, et les conseiller en matière de santé et de nutrition. Comme un membre du Sous-comité l'a fait remarquer pendant la mission

⁽¹⁹⁾ *Ibid.*

⁽²⁰⁾ UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE) », profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous – 2007, 2006*.

⁽²¹⁾ Anso Thom, « Child Development a Priority in Cuba », *Health-e News Service*, 13 décembre 2000, http://health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20001209.

d'étude, le programme pourrait facilement s'appeler Éduque le parent, étant donné que l'aidant joue un rôle essentiel pour ce qui est d'apprendre à stimuler le développement complet de l'enfant. Les Cubains ont toutefois appris qu'il ne suffit pas de montrer aux aidants les activités appropriées à faire et de s'assurer qu'ils les répètent. Les membres de la famille doivent acquérir une compréhension du développement de l'enfant et de la responsabilité principale qui leur incombe à cet égard non seulement au moyen d'activités stimulantes, mais également par une participation directe, la démonstration d'affection et les conditions habituelles de sécurité et d'autres conditions qui sont des déterminants importants de la santé mentale et physique. Finalement, il s'agit de créer des familles qui favorisent un développement sain.

Les Cubains ont appris qu'il ne suffit pas de montrer aux aidants les activités appropriées à faire et de s'assurer qu'ils les répètent. Les membres de la famille doivent acquérir une compréhension du développement de l'enfant et de la responsabilité principale qui leur incombe à cet égard non seulement au moyen d'activités stimulantes, mais également par une participation directe, la démonstration d'affection et les conditions habituelles de sécurité et d'autres conditions qui sont des déterminants importants de la santé mentale et physique. Finalement, il s'agit de créer des familles qui favorisent un développement sain.

Le programme *Educa a Tu Hijo* recrute tant les parents que les grands-parents en tant qu'agents de diagnostic et d'intervention. Dans l'une des polycliniques visitées, le Sous-comité a vu une classe remplie de grands-parents de 65 à 85 ans qui poursuivaient des études de baccalauréat en psychologie et à qui enseignait un professeur de psychologie de l'Université de La Havane. Il a appris que ce programme avait un triple avantage : tout d'abord, il stimule le cerveau de personnes vieillissantes; ensuite, il appuie les efforts continus de Cuba pour relever les niveaux d'éducation de sa population; enfin, il dote les grands-parents d'outils de développement dont ils se serviront auprès de leurs petits-enfants et qu'ils transmettront aux parents qui travaillent.

Les représentants du ministère de l'Éducation ont attiré l'attention du Sous-comité sur le fait que la nature communautaire du programme et l'approche intersectorielle employée sont les principaux gages de son succès. À Cuba, les organismes partenaires sont les ministères de la Santé publique, de la Culture et des Sports, la Fédération des femmes cubaines, l'Association nationale des petits agriculteurs, les organisations d'étudiants, les syndicats, les Comités de défense de la révolution (associations de quartier) et les médias. À l'échelon local, ces groupes collaborent afin d'identifier d'éventuels conseillers et promoteurs, de trouver des endroits où tenir les activités et des dons en nature, de promouvoir le programme et d'encourager la participation des familles. Même à Cuba, où de nombreux facteurs sociaux, politiques et structurels facilitent la collaboration intersectorielle, les représentants du ministère de l'Éducation ont reconnu qu'il a fallu un certain temps avant d'atteindre un tel degré de collaboration intersectorielle.

Même à Cuba, où de nombreux facteurs sociaux, politiques et structurels facilitent la collaboration intersectorielle, les représentants du ministère de l'Éducation ont reconnu qu'il a fallu un certain temps avant d'atteindre un tel degré de collaboration intersectorielle.

La sensibilisation et la formation sont nécessairement au cœur du programme. Afin de les favoriser, le ministère cubain de l'Éducation a élaboré divers documents visant à faire participer

des partenaires de tous les secteurs, de même que des guides pédagogiques à l'intention des aidants concernant des activités qui renforcent le développement de l'enfant.

3.3 Le personnel enseignant

Les Cubains ont adopté un certain nombre de pratiques conçues pour accroître la capacité de l'enseignant de connaître un enfant et de favoriser son développement. Par exemple, misant sur le grand succès qu'a connu la formation sur le terrain des futurs enseignants de la petite enfance, ils mettent actuellement à l'essai la formation sur le terrain de futurs enseignants de niveau secondaire. À ce niveau, cela exige toutefois beaucoup plus qu'une simple modification administrative.

Au niveau primaire, un programme d'éducation nationale est mis en œuvre; tous les enfants de même année effectuent les mêmes lectures et les mêmes activités le même jour. Les progrès accomplis par chaque enfant dans chaque matière font l'objet d'une évaluation trimestrielle de la part de l'enseignant, et à la fin de chaque semestre, enfants et enseignants subissent une évaluation qui prend la forme d'examens finaux de l'État⁽²²⁾. Le salaire de l'enseignant est fonction des taux de passage des élèves⁽²³⁾, et son appréciation de rendement repose sur un solide système de supervision et d'évaluation; les directeurs font l'évaluation des enseignants sur une base annuelle. Les enseignants qui ont un rendement médiocre peuvent être chargés de travailler avec d'autres enseignants, envoyés en perfectionnement professionnel ou finalement renvoyés⁽²⁴⁾. Le directeur fait lui aussi l'objet d'une évaluation annuelle, tant de la part d'un comité de spécialistes du programme d'éducation que de celle de son supérieur immédiat.

Les enseignants des niveaux préscolaire et primaire reçoivent tous la même formation universitaire et touchent le même salaire. Ils peuvent obtenir une accréditation pour le niveau préscolaire (de 0 à cinq ans) ou primaire (de 6 à 12 ans). La formation s'échelonne sur cinq ans et comporte, durant la dernière année, de la recherche pratique et des stages d'enseignement dans un contexte éducatif. L'UNESCO fait remarquer qu'en 2003-2004, la totalité des 27 239 membres du personnel enseignant étaient des femmes⁽²⁵⁾. Le Sous-comité n'a pas été en mesure de déterminer les niveaux de salaire des enseignants. Selon Miller, il était d'environ 18 dollars par mois en 2001, tandis que Coe et McConnell l'établissent à entre 10 et 14 dollars par mois. À titre de comparaison, les professeurs d'université touchent 20 dollars par mois et les policiers, 40 dollars⁽²⁶⁾. Hunt avance que le salaire moyen d'un enseignant à Cuba est comparable à celui d'un médecin⁽²⁷⁾.

(22) Gwendolyn Coe et Judith Lynne McConnell, « The Children of Cuba », *Beyond the Journal*, National Association for the Education of Young Children, septembre 2004, <http://www.journal.naeyc.org/btj/200409/coe.asp>.

(23) Christopher Worthman et Lourdes Kaplan, « Literacy Education and Dialogical Exchange: Impressions of Cuban Education in One Classroom », *The Reading Teacher*, vol. 54, n° 7, avril 2001.

(24) Barbara C. Hunt, « A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right? », *Phi Delta Kappan*, vol. 85, n° 3, novembre 2003.

(25) UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE), profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous – 2007, 2006*.

(26) Susan A. Miller, « Early Childhood Education in Cuba », *Childhood Education*, 15 septembre 2002.

(27) Barbara C. Hunt, « A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right? », *Phi Delta Kappan*, vol. 85, n° 3, novembre 2003, p. 246.

3.4 Les enfants handicapés

De 2001 à 2003, des chercheurs cubains se sont rendus au domicile de chacune des 366 864 personnes handicapées du pays dans le cadre d'une étude psychosociale nationale sur les personnes handicapées et d'une étude psychopédagogique, sociologique et génétique connexe sur les personnes ayant une déficience intellectuelle. Les résultats ont permis de mieux comprendre les types de services nécessaires à Cuba et les mesures de prévention qu'il faudrait prendre pour réduire le nombre de cas d'invalidité : l'investissement dans les services de génétique médicale décrits précédemment est l'une de ces mesures.

Au cours de sa visite du centre psychopédagogique médical *La Castellana* pour personnes ayant une déficience intellectuelle, le Sous-comité a appris que l'étude nationale avait identifié approximativement 15 000 enfants dont la mobilité est tellement réduite qu'ils quittent rarement leur lit. Il a été démontré que le fait d'avoir un parent attentif est d'une importance capitale au bien-être de l'enfant. C'est pourquoi un programme a été instauré pour accorder à la mère un congé payé. Dans d'autres cas, un enseignant se rend au domicile de l'enfant.

Les enfants ayant des besoins particuliers en matière d'éducation reçoivent une attention personnalisée de la part des responsables de la polyclinique locale et, avec l'appui du ministère de l'Éducation, ils sont vus par les spécialistes du programme *Educa a Tu Hijo*. Chaque municipalité a une unité de diagnostic d'éventuels troubles du développement; une équipe multidisciplinaire évalue l'enfant et donne des conseils à la famille. Cuba a ouvert deux écoles spécialisées dans l'autisme, dont l'une a été visitée par un membre du Sous-comité. Entièrement financées par l'État, ces écoles répondent aux besoins de jeunes de deux à 18 ans et dispense une thérapie individualisée de l'autisme. Le directeur de l'établissement visité a expliqué que l'école fait fonction de centre de thérapie, offre un appui aux familles touchées et constitue une importante ressource scientifique; des scientifiques dirigent des recherches visant à déterminer les genres de thérapies qui conviennent à différentes catégories d'enfants autistes.

3.5 Les arts dans l'éducation de la petite enfance

Depuis 1959, les arts et la littérature font également partie des priorités du gouvernement cubain. Des écoles d'arts ont été ouvertes dans des centres culturels; les enfants d'âge scolaire doivent suivre, pendant au moins six heures par semaine en dehors des heures de classe, des cours de musique, de danse, de théâtre et d'arts plastiques⁽²⁸⁾ qui visent à leur inculquer les valeurs morales, sociales et politiques de leur société. Deux jours par semaine, les enfants de la maternelle qui retournent normalement à la maison pour le déjeuner se joignent à ceux qui mangent à l'école pour participer à des activités artistiques. De 14 h 30 à 16 h 30, les enfants pratiquent diverses activités comme la musique, la rythmique, le bricolage et la peinture.

3.6 Les sports, l'éducation et la santé

Il est très clair que les sports ont été intégrés aux politiques et aux programmes en matière de santé et d'éducation. Au moment de la toute première réunion du Sous-comité, les membres de la Commission parlementaire sur la santé et les sports ont clairement indiqué que cette orientation vient du plus haut niveau. Le ministère de l'Éducation a signalé que le niveau élevé de participation sportive chez les Cubains prend sa source dans le sport scolaire, qui donne lieu

⁽²⁸⁾ Coe et McConnell, *op. cit.*

chaque année à des jeux scolaires municipaux, provinciaux et nationaux présentant des compétitions dans une vingtaine de disciplines. Les athlètes qui se démarquent de ces jeux sont souvent recrutés dans les équipes de sport nationales de Cuba.

Au centre psychopédagogique médical *La Castellana*, le Sous-comité a eu le plaisir de rencontrer des médaillés de compétitions internationales qui se sont déroulées partout dans le monde, notamment les Jeux olympiques spéciaux de Chine.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le gouvernement cubain a fait de la surveillance, de l'évaluation et de la recherche des éléments clés de ses politiques en matière de santé et d'éducation. Il a créé des bases de données qui comportent divers indicateurs concernant l'ensemble de la population et s'en sert pour évaluer l'incidence de ses politiques. Ces bases de données contiennent des indicateurs généraux de l'état de santé, y compris des données sur les déficiences. Des représentants de l'Organisation mondiale de la santé ont affirmé au Sous-comité que ces données sont fiables et de grande qualité.

Le gouvernement cubain a fait de la surveillance, de l'évaluation et de la recherche des éléments clés de ses politiques en matière de santé et d'éducation. Il a créé des bases de données qui comportent divers indicateurs concernant l'ensemble de la population et s'en sert pour évaluer l'incidence de ses politiques. Ces bases de données contiennent des indicateurs généraux de l'état de santé, y compris des données sur les déficiences. Des représentants de l'Organisation mondiale de la santé ont affirmé au Sous-comité que ces données sont fiables et de grande qualité.

Le système d'éducation préscolaire est particulièrement intéressant étant donné qu'il a fait l'objet d'une surveillance et d'évaluations et qu'il a été modifié en fonction de celles-ci. Le système d'évaluation de l'éducation préscolaire comprend :

- Une évaluation systématique effectuée par les enseignants des centres de la petite enfance et, dans le cas du programme non institutionnel, par les conseillers.
- Tous les deux mois, une évaluation des progrès de développement et de l'atteinte des objectifs du cycle établis pour chaque année de vie ou chaque cycle.
- Une évaluation finale ou une évaluation du développement à la fin de chaque niveau scolaire.
- Une liste de tâches diagnostiques est donnée à tous les enfants qui terminent la maternelle; les résultats servent à établir le profil personnel de chaque enfant et du groupe, afin de concevoir sur mesure le début de la première année.
- La surveillance quinquennale des résultats du programme *Éduque ton enfant*.

Des comparaisons entre les pays font ressortir l'efficacité des efforts de Cuba en matière d'éducation :

- Une étude comparative des élèves de troisième et de quatrième année de onze pays d'Amérique latine effectuée par l'UNESCO en 1998 a démontré que les élèves cubains

avaient obtenu les meilleurs résultats en mathématiques et en langue⁽²⁹⁾. Lors de la réunion du Sous-comité avec des représentants de l'UNESCO à La Havane, l'organisation a révélé qu'une mise à jour de l'étude effectuée en 2007 (devant être publiée sous peu) indique à nouveau que les enfants cubains devancent de beaucoup les enfants latino-américains.

- Le *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous* de l'UNESCO classe Cuba parmi les 47 pays du monde qui ont atteint les six objectifs de son programme Éducation pour tous, notamment l'éducation primaire universelle, l'alphabétisation des adultes, l'égalité entre les sexes et la qualité de l'enseignement⁽³⁰⁾.
- Le programme *Educa a Tu Hijo* a été reproduit, adapté et mis en œuvre dans divers pays, notamment le Brésil, le Mexique, le Venezuela, la Colombie, le Guatemala et l'Équateur.

ASSISTANCE INTERNATIONALE

Le Sous-comité a eu l'occasion de visiter l'hôpital pédiatrique de Tarará, situé à environ 20 kilomètres à l'est du centre-ville de La Havane. Depuis 1990, cet hôpital dispense à de jeunes victimes de l'accident nucléaire de Tchernobyl une aide médicale dans un environnement plaisant et reposant qui favorise leur réadaptation. En plus des cours d'espagnol et de salsa, le programme des enfants de Tchernobyl de l'hôpital de Tarará prévoit des cours en russe et en Ukraine afin que les enfants ne subissent pas (ou très peu) d'interruption de leurs études. En voyant de leurs yeux les terribles conséquences de cette catastrophe qui s'est produite il y a plus de 20 ans, les membres du Sous-comité ont pris conscience des énormes conséquences à long terme que comporte un accident nucléaire.

Le Sous-comité a aussi appris qu'en plus d'offrir une aide médicale en cas de catastrophe naturelle dans d'autres pays, en signe de solidarité, Cuba appuie l'éducation et la formation de médecins et d'infirmières et infirmiers étrangers. La formation en médecine et en soins infirmiers se donne à Cuba ou sous le tutorat de professeurs cubains à l'étranger. Au cours des deux dernières années, plus de 13 000 étudiants de 17 pays se sont inscrits au Programme de médecine communautaire à Cuba, tandis que 28 000 étudiants du Timor-Oriental, de Guinée-Bissau et du Venezuela ont participé au Programme à l'étranger. De plus, 356 étudiants provenant de six pays des Caraïbes participent actuellement au Programme de formation en soins infirmiers de Cuba. Une aide d'urgence est assurée grâce à 32 brigades médicales d'urgence regroupant 10 000 professionnels cubains de la santé qui dispensent des services dans 19 pays depuis 1960 et qui ont aidé plus de deux millions de victimes de catastrophes au Chili, au Guatemala, au Pakistan, en Bolivie et en Indonésie⁽³¹⁾.

(29) UNESCO, 1998, Laboratoire latino-américain d'évaluation de la qualité de l'éducation. Première étude internationale comparative sur la langue, les mathématiques et les facteurs connexes en troisième et quatrième années (Santiago de Chile : UNESCO), cité par Graciella Cruz-Taura, « Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations », Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

(30) UNESCO, *Un bon départ : Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2007*, Paris, 2006, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>.

(31) Ministère cubain des Affaires étrangères, *Cuban Cooperation For A Better World*, La Havane, 2007.

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET DES OBSERVATIONS DU SOUS-COMITÉ

- Le Sous-comité a été frappé par les propos d'un témoin qui a déclaré que les Cubains « vivent comme des pauvres, mais meurent comme des riches » [traduction]. C'est là le véritable paradoxe cubain – un pays en développement qui présente les indicateurs de santé d'un pays développé. Cuba est renommé mondialement pour ses invariables indicateurs de bonne santé malgré sa situation économique précaire. Ces réalisations sont particulièrement remarquables compte tenu des embargos sévères sur le commerce et les services décrétés contre Cuba.
- Le pragmatisme de l'approche cubaine à l'égard de la santé et de l'éducation qui vise l'utilisation optimale de ressources restreintes dans le but d'atteindre un objectif clairement défini est admirable.
- Il convient de noter que les fournisseurs de soins de santé et les éducateurs de Cuba manifestent énormément d'engagement et de dévouement à l'égard de leur travail et qu'ils en tirent une grande fierté. Ils semblent éprouver beaucoup de satisfaction professionnelle et personnelle à faire partie d'une équipe qui contribue à l'atteinte d'un objectif global.
- L'investissement dans la santé et l'éducation est une priorité pour le pays. Des politiques ont été instaurées afin d'aider les enfants à réaliser leur plein potentiel.
- Les enfants sont traités comme des personnes à part entière et non comme les éléments d'un groupe : les problèmes sont détectés très tôt et des mesures sont prises rapidement pour tenter d'en venir à bout.
- Le Sous-comité croit que les relations étroites que le fournisseur de services (enseignant/médecin/infirmière, etc.) entretient avec l'enfant et la famille lui permettent de comprendre le milieu dans lequel vit l'enfant et de fournir à celui-ci l'aide dont il a besoin.
- Trois principes fondamentaux orientent les politiques et les programmes cubains en matière de santé et d'éducation depuis la révolution de 1959 : l'universalité, l'accès équitable et le contrôle gouvernemental. Les programmes sont gratuits, universels et offerts dans toutes les régions, tant rurales qu'urbaines. Ils font intervenir la famille et la collectivité, qui sont considérés comme les acteurs principaux du bien-être et du développement des enfants.
- Le diagnostic précoce, la recherche, l'évaluation et la surveillance continue sont les éléments clés des programmes cubains. La détection précoce des grossesses à risque, les examens médicaux semestriels, la détection précoce des problèmes de développement de l'enfant sont des mesures de dépistage efficaces qui permettent d'intervenir pendant que l'enfant est en bas âge et d'éviter ainsi le recours à des mesures plus coûteuses ultérieurement.
- Le Sous-comité sait que des travaux de recherche canadiens et internationaux établissent l'importance cruciale des premières années de la vie sur les plans affectif, cognitif et moteur. Compte tenu du fait que les synapses se développent au cours de cette période de la vie, une stimulation précoce de qualité des enfants est alors essentielle.
- Le Sous-comité croit que Cuba est un chef de file en matière de développement de la petite enfance et de programmes d'éducation des enfants, de la naissance à six ans.

- L'étude de l'UNESCO étaye l'affirmation selon laquelle l'importance accordée au développement de la petite enfance donne manifestement aux enfants cubains un avantage considérable lorsqu'ils commencent l'école primaire.
- Le Sous-comité partage l'avis des représentants cubains qui avancent que l'éducation non institutionnelle qui fait jouer un rôle de premier plan à la famille et à la collectivité est une solution de rechange valable pour assurer l'éducation et le développement intégré des enfants. Il reconnaît que les programmes cubains jouent un rôle important pour ce qui est d'accroître le niveau de compétence et la participation de la famille afin d'assurer une éducation de qualité aux enfants.

Le Sous-comité tient toutefois à souligner qu'un certain nombre de graves problèmes demeurent, notamment l'insécurité alimentaire, de graves pénuries de logements, l'absence de liberté d'expression, la restriction des droits individuels et la stagnation économique généralisée, qui sont aussi d'importants déterminants de la santé.
- L'approche cubaine vise à briser le cloisonnement des compétences par une intégration considérable des ressources et un partage des responsabilités. Le principe général consiste à fixer un objectif ou à cibler un problème et à rassembler tous les organismes et les ministères qui pourraient contribuer à l'atteinte de cet objectif ou à la résolution du problème.
- Par exemple, l'éducation et le développement de la petite enfance à Cuba reposent sur une série de mesures intégrées comportant une forte collaboration intersectorielle. Les programmes sont la responsabilité commune de nombreux ministères et organismes nationaux œuvrant dans les domaines de la santé, de l'éducation, des loisirs et de la condition physique, des services sociaux et de la culture, et d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales. Le travail en équipe facilite encore plus la participation conjointe et la cohésion des divers secteurs aux échelons local, provincial et national.
- Cuba accorde une grande importance à la science comme en témoigne l'établissement de vastes bases de données et l'accent mis sur l'évaluation systématique des programmes. Dans la mesure du possible, les politiques gouvernementales reposent sur des données scientifiques précises. De plus, la qualité de la plupart de ses recherches scientifiques est excellente.
- Les programmes de santé maternelle et les projets de développement de la petite enfance ont été mis en œuvre à différentes étapes et modifiés en fonction des données probantes recueillies lors des évaluations.
- Le Sous-comité partage l'avis des professeurs Shanker et Downer qui l'ont accompagné à Cuba et qui croient que l'expertise combinée des scientifiques canadiens et cubains offre des possibilités de contribuer à l'effort mondial visant à permettre à chaque enfant de réaliser son plein potentiel. La mise en œuvre au Canada d'un important programme mondial ayant un tel objectif permettrait aux Canadiens de jouer un rôle prépondérant dans ce qui pourrait être, selon ces deux professeurs, l'un des plus importants projets scientifiques jamais entrepris.

L'importance accordée au développement de la petite enfance donne manifestement aux enfants cubains un avantage considérable lorsqu'ils commencent l'école primaire. L'étude de l'UNESCO étaye cette affirmation.

- Le Sous-comité signale toutefois que Cuba reste aux prises avec un certain nombre de graves problèmes, notamment l'insécurité alimentaire, de graves pénuries de logements, l'absence de liberté d'expression, la restriction des droits individuels et la stagnation économique généralisée, qui sont tous eux aussi d'importants déterminants de la santé.
- Malgré tout, Cuba surpasse à peu près tous les pays de revenu similaire pour ce qui est de l'éducation et des soins de santé. Selon nous, parmi une gamme de services favorisant la santé maternelle et infantile, le modèle cubain de programmes institutionnels divers et axés sur la famille qui visent le développement de la petite enfance offre un exemple prometteur d'interventions souples, très efficaces et relativement peu coûteuses.

ANNEXE 1 – ORDRE DU JOUR – VISITE D'ÉTUDE À CUBA

Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie
Sous-comité de la santé de la population
Visite d'étude à Cuba
Janvier 2008

Le lundi 14 janvier 2008

Assemblée nationale du pouvoir populaire, Commission de la santé et des sports

- D^r Jorge Gonzalez, président
- D^{re} Diana Martinez, vice-présidente
- D^{re} Pura Aviles, vice-présidente

Ministère de la Santé publique

- M^{me} Marcia Covas, sous-ministre
- D^r Antonio Gomez
- D^r Ariel Delgado
- D^r José Portillo
- D^r Mitchell Valdes

Polyclinique « 5 de Septiembre »

- D^{re} Rebeca Mendoza, directrice
- D^r Alén Rojas, directeur provincial

Visite de la polyclinique

Centre de génie génétique et de biotechnologie

- D^r Pedro López Saura, directeur des essais cliniques et de la réglementation

Dîner donné par Sherritt

- M. Ian W. Delaney, président, Sherritt
- M. Robert Reid, vice-président et directeur pour le pays, Sherritt
- M^{me} Juanita Montalvo, vice-présidente, Sherritt International Investments Ltd., et directrice des opérations cubaines
- M. Carlos Fernandez de Cossio, ancien ambassadeur de Cuba au Canada
- M^{me} Litz Alfonso, Ballet Litz Alfonso
- M. Juan Carlos Coello, directeur, Escuela de Ballet Litz Alfonso
- M. Nicolass Hernandez Guillen, directeur de la Guillen Foundation
- M. Jose Luis Rodriguez, ministre de l'Économie et de la Planification
- M. Tomás Benitez, premier sous-ministre, ministère de l'Industrie de base
- M^{me} Vivian García Fonseca, directrice de la Division du commerce nord-américain, ministère du Commerce avec l'étranger

Le mardi 15 janvier 2008

Centre psychopédagogique médical *La Castellana*

- M^{mc} Marisleidis Perdomo, directrice
- D^r Alén Rojas, directeur provincial
- M. Roberto Novoa, superviseur, atelier protégé
- M^{mc} Carmen Viera, superviseuse des activités récréatives

Visite du centre, rencontre des étudiants, présentation musicale et sportive par les étudiants

Hôpital pédiatrique Angel Arturo Aballi

- D^r Rogelio Gonzalez Sánchez, directeur
- D^{re} Laura Margarita Sánchez, directrice, pavillon des enfants
- D^r Arnaldo Izquisdo, directeur, service d'urgence
- D^r Jesús Rabusa, directeur, CAT scan

Visite de l'hôpital

Ministère de l'Éducation

- D^{re} Ana Maria Siverio, directrice du Centre d'aiguillage, éducation préscolaire
- M^{mc} Irene Rivera Ferreiro, directrice de l'éducation préscolaire

Programme des Nations Unies pour le développement

- M^{mc} Susan McDade, coordonnatrice résidente et représentante

Programme mondial d'alimentation

- M^{mc} Myrta Kaulard, directrice pour le pays

Le mercredi 16 janvier 2008

Ministère de l'Éducation

- M. Rolando Ferreiro, vice-ministre
- D^{re} Maria Antonia Torres, directrice de la santé

École primaire Nicolas Estebanez

- M. Wilbert Ladson de Guerara, directeur
- M. Mario Mesa, directeur de la méthodologie
- M^{mc} Estevina Cuervo, chef du premier groupe
- M^{lle} Carolina Manielo, chef de l'organisation des élèves

Visite de l'école et présentation par les élèves

École pour enfants autistiques Edora Alonso

- M^{mc} Imilla Cecilia Campo Valdés, directrice

Société de santé de Cuba

- D^{re} Mayra Ojeda del Valle, directrice adjointe, documents et enquêtes

Centre de génétique médicale

- D^{re} Beatriz Marcheco, directrice
- D^{re} Maria Cecilia Pérez

Ministère des Affaires étrangères

- M^{me} Yiliam Jimenez Expósito, sous-ministre
- M^{me} Josefina Vidal, directrice, Division de l'Amérique du Nord

Le jeudi 17 janvier 2008

Centre de soins médicaux des enfants de Tchernobyl

- M. Esteban Rosales, administrateur
- D^{re} Esther Arostequi, directrice adjointe
- D^r Maité Olivra

Visite du centre et présentation par les étudiants

Centre de neuroscience

- D^r Mitchell Valdes, directeur
- D^r Pedro Valdes, directeur adjoint

Assemblée nationale du pouvoir populaire, Commission de la santé et des sports

- D^{re} Pura Aviles, présidente adjointe
- D^{re} Danai Saavedra, membre
- D^{re} Tania Gonzalez, membre

Clinique d'accouchement Leonar Perez Cabera

- D^{re} Evangelina Romero Fernández, directrice
- Lic. Ejezahel Rojas, directrice adjointe

Visite de la clinique

Dîner donné par l'ambassadeur Jean-Pierre Juneau

- M. Luis Ignacio Gómez, ministre de l'Éducation
- D^r Felipe Cárdenas (cardiologue pédiatrique)
- M^{me} Susan McDade, coordonnatrice résidente, Programme des Nations Unies pour le développement
- M. Fernando Remírez de Estenoz, chef des relations internationales, Comité central du Parti communiste de Cuba
- D^r Jorge Gonzalez Pérez, président de la Commission de la santé et des sports, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- M^{me} Ettianet Díaz Estrabao, agente des relations internationales, bureau du Canada, Ligue des jeunes communistes
- M. Jorge Mario Sánchez, Centre d'étude des États-Unis, Université de La Havane
- M^{me} José María Rubiera, vice-présidente, Groupe d'amitié parlementaire Cuba-Canada
- M^{me} Georgina Chabu, Division de l'Amérique du Nord, Parti communiste de Cuba

- M^{me} Josefina Vidal, directrice, Division de l'Amérique du Nord, ministère des Affaires étrangères
- M^{me} María de la Luz B'Hamel, directrice, politique commerciale, ministère du Commerce international
- M. Carlos Alzugaray, Centre d'étude des États-Unis, Université de La Havane, et ancien consul général à Montréal
- M. Carlos Fernández de Cossío, spécialiste, Division de l'Amérique latine et des Caraïbes, ministère des Affaires étrangères, ancien ambassadeur de Cuba au Canada
- D^{re} Mayra Ojeda del Valle, directrice adjointe, documents et enquêtes, Société de santé de Cuba
- M. Raul Rodriguez, Centre d'étude des États-Unis, Université de La Havane
- M^{me} Beatriz Díaz, Centre d'études canadiennes, Université de La Havane
- M^{me} Mairas Concepción Godoy, spécialiste en éducation de la petite enfance, Groupe d'amitié Cuba-Canada

Le vendredi 18 janvier 2008

Circulo Infantil Rayito de Sol

- M^{me} Juana de los Ríos, directrice

Visite de la garderie et rencontre des enfants

Educa a tu Hijo Rayito de Sol

- M^{me} María Julia García, promotrice du programme

Visite du centre et présentation par les enfants

Polyclinique Noelio Capote

- D^{re} Tania Padra, directrice
- M. Cesar Rubio, maire

Visite de la polyclinique

UNESCO

- M. Herman van Hooff, directeur du bureau régional de l'UNESCO pour la culture en Amérique latine et dans les Caraïbes
- M. Miguel Llivina Lavigne, agent de programme national et chef du secteur de l'éducation

Organisation panaméricaine de la santé, bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé

- D^{re} Lea Guido López, représentante permanente
- M. José Gomez Lorenzo, consultant

Dîner donné par le président de l'Assemblée nationale du pouvoir populaire

- M. Ricardo Alarcón de Quesada, président, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- M. Miguel Alvarez, adjoint du président

- D^r Jorge Gonzalez Pérez, président, Commission de la santé et des sports, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- D^{re} Diana Martinez, vice-présidente, Commission de la santé et des sports, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- M. Luis Ignacio Gómez, ministre de l'Éducation
- M^{me} Josefina Vidal, directrice, Division de l'Amérique du Nord, ministère des Affaires étrangères
- D^{re} Mayra Ojeda del Valle, directrice adjointe, documents et enquêtes, Société de santé de Cuba

ANNEXE 2 – LISTE DES TÉMOINS

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|---|------------------------|--------------------|
| 39^e législature 1^e session | | | |
| Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé | L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire | 22-02-2007 | 1 |
| Institut de recherche sur la santé des populations | Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé | 28-02-2007 | 1 |
| Provincial Health Services Authority, B.C. | Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies | 28-02-2007 | 1 |
| School of Health Policy and Management - Université York | Dennis Raphael, Professor | 28-02-2007 | 1 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux | 21-03-2007 | 2 |
| Kunin-Lunenfield Applied Research Centre | Sholom Glouberman, scientifique associé | 21-03-2007 | 2 |
| Agence de santé publique du Canada | Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales | 21-03-2007 | 2 |
| Agence de santé publique du Canada | Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques | 21-03-2007 | 2 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|---------------------|-----------------|
| Statistique Canada | Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement | 21-03-2007 | 2 |
| Institut de la santé publique et des populations | Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada | 28-03-2007 | 2 |
| Santé et politiques sociales dans le monde | Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde | 28-03-2007 | 3 |
| Université McGill | Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations | 28-03-2007 | 3 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques | 25-04-2007 | 3 |
| Affaires indiennes et du Nord Canada | Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales | 25-04-2007 | 3 |
| Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba | John O'Neil, professeur et directeur | 25-04-2007 | 3 |
| Santé Canada | Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits | 25-04-2007 | 3 |
| Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC | Dr Jeff Reading, directeur scientifique | 25-04-2007 | 3 |
| Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit | Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada | 02-05-2007 | 3 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|---|------------------------|--------------------|
| Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) | Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications | 02-05-2007 | 3 |
| Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie | Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé | 02-05-2007 | 3 |
| Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) | Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire | 02-05-2007 | 3 |
| Université de Toronto | Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique | 02-05-2007 | 3 |
| Observatoire Vieillessement et Société (OVS) | Dr André Davignon, fondateur | 16-05-2007 | 4 |
| Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse | Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés | 16-05-2007 | 4 |
| Agence de santé publique du Canada - Division du vieillessement des aînés | Margaret Gillis, directrice | 16-05-2007 | 4 |
| Association canadienne de gériologie | Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's | 16-05-2007 | 4 |
| The CHILD Project | Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP) | 30-05-2007 | 4 |
| Instituts de recherche en santé du Canada | Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents | 30-05-2007 | 4 |
| Council of Early Child Development | Stuart Shankar, professeur, président | 30-05-2007 | 4 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|--|--|---------------------|-----------------|
| Manitoba Métis Foundation | Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | David Chartrand, ministre de la Santé | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse | 31-05-2007 | 4 |
| Ministère de la Santé de C.B. | Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef | 01-06-2007 | 5 |
| Manitoba Métis Foundation | Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba | 01-06-2007 | 5 |
| Institut de la santé des Autochtones | Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales | 01-06-2007 | 5 |
| Pauktuutit Inuit Women of Canada | Jennifer Dickson, directrice générale | 01-06-2007 | 5 |
| Association des femmes autochtones du Canada | Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé | 01-06-2007 | 5 |
| Indigenous People's Health Research Centre | Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien | 01-06-2007 | 5 |
| Inuit Tapiriit Kanatami | Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé | 01-06-2007 | 5 |
| Association nationale des centres d'amitié | Alfred J. Guay, analyste des politiques | 01-06-2007 | 5 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|------------------------|--------------------|
| Assemblée des Premières Nations | Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social | 01-06-2007 | 5 |
| Université de l'Alberta | Malcom King, professeur, Faculté de médecine | 01-06-2007 | 5 |
| Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada | Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest | 01-06-2007 | 5 |
| Université de Toronto | Chandrakant P. Shah, professeur émérite | 01-06-2007 | 5 |
| Congrès des Peuples Autochtones | Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire | 01-06-2007 | 5 |
| 39^e législation 2^e session | | | |
| Ministère de la Santé et des Affaires sociales | Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique | 22-11-2007 | 1 |
| Institut national de santé publique de Suède | Dr. Gunnar Agren, directeur général | 22-11-2007 | 1 |
| Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique | Dr. Pirooska Ostlin, chercheur principal | 22-11-2007 | 1 |
| Institut national de santé publique de Suède | Bernt Lundgren | 22-11-2007 | 1 |
| The Quaich Inc. | Patsy Beattie-Huggan, présidente | 30-11-2007 | 1 |
| L'université McMaster | John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre | 30-11-2007 | 1 |
| Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard | Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel | 30-11-2007 | 1 |
| Groupe d'étude sur les politiques et la santé | France Gagnon, professeure et co-directrice | 05-12-2007 | 2 |
| Université de Montréal | Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe | 05-12-2007 | 2 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|---------------------|-----------------|
| Ministère de la santé du Royaume-Uni | Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé | 11-12-2007 | 2 |
| Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B. | Lex Baas, directeur de la santé des populations | 12-12-2007 | 2 |
| Université de la Colombie-Britannique | James Frankish, professeur et directeur | 12-12-2007 | 2 |
| Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario | Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques | 06-02-2008 | 3 |
| Réseau d'intégration des services de santé de Toronto | Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification | 06-02-2008 | 3 |
| l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa | Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation | 06-02-2008 | 3 |
| L'Institut canadien d'information sur la santé | Glenda Yeates, présidente-directrice générale | 13-02-2008 | 3 |
| L'Institut canadien d'information sur la santé | Keith Denny, gérant a l'intérim | 13-02-2008 | 3 |
| L'université de Manitoba | Noralou Roos, professeur, faculté de médecine | 13-02-2008 | 3 |

Wednesday, February 27, 2008

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives and Innovations.

Treasury Board of Canada:

Sally Thornton, Indian Affairs and Health.

Finance Canada:

Yves Giroux, Acting Director, Social Policy.

Le mercredi 27 février 2008

Agence de santé publique du Canada:

Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation.

Conseil du Trésor du Canada:

Sally Thornton, Affaires indiennes et santé.

Finances Canada:

Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, February 6, 2008

Ontario Ministry of Health Promotion:

Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention.

Toronto Central Local Health Integration Network:

Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning.

University of Ottawa Heart Institute:

Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre.

Wednesday, February 13, 2008

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer;

Keith Denny, Acting Manager.

University of Manitoba:

Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 6 février 2008

Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario:

Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques.

Réseau d'intégration des services de santé de Toronto:

Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa:

Dr Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation.

Le mercredi 13 février 2008

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS):

Glenda Yeates, présidente-directrice générale.

Keith Denny, gestionnaire intérimaire.

Université du Manitoba:

Noralou Roos, professeure, Faculté de médecine.

(Suite à la page précédente)





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, April 2, 2008
Wednesday, April 9, 2008
Friday, April 18, 2008

Issue No. 4

Twelfth, thirteenth and fourteenth meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's populations — known collectively as the social determinants of health

INCLUDING:

THE THIRD REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Population Health Policy: Federal, Provincial,
and Territorial Perspectives)

(Ninth Report of the Standing Senate Committee on Social
Affairs, Science and Technology)

WITNESSES:
(See back cover)



Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie*

Délibérations du Sous-comité sur la

Santé des populations

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 2 avril, 2008
Le mercredi 9 avril 2008
Le mercredi 18 avril 2008

Fascicule n°4

Douzième, treizième et quatorzième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

Y COMPRIS :

LE TROISIÈME RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(Politiques sur la santé de la population :
Perspective fédéral, provinciale et territoriale)

(Le neuvième rapport du Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON
POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR
LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 2, 2007
(12)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:06 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C. and Keon (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. *(For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1)*

WITNESSES:

McMaster University:

Dr. Salim Yusuf, Professor, Department of Medicine.

Dr. Yusuf made a statement and responded to questions.

At 5:06 p.m., the committee suspended.

At 5:11 p.m., the committee resumed.

Pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee proceeded in camera to consider a draft agenda.

At 5:44 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 9, 2008
(13)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:15 p.m., in Room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pépin (7).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Munson (2).

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 2 avril 2007
(12)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., et Keon (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé. *(Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)*

TÉMOINS :

Université McMaster :

Dr Salim Yusuf, professeur, Département de médecine.

Le Dr Yusuf fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 6, le comité suspend ses travaux.

À 17 h 11, le comité reprend ses travaux.

Conformément à l'alinéa 92(2)(e), le sous-comité poursuit ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

À 17 h 44, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 9 avril 2008
(13)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P. et Munson (2).

In attendance: Michael Toye, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1)

WITNESSES:

McMaster University:

Dr. Sonia Anand, Associate Professor, Department of Medicine.

Queen's University:

Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor.

Kristan Aronson, Professor of Epidemiology.

Dr. Anand made a statement and responded to questions.

Ms. Hitchcock made a statement and, with Mr. Aronson, responded to questions.

At 17:54 p.m., the committee suspended.

At 17:55 p.m., the committee resumed.

Pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee proceeded in camera to consider a draft agenda.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee considered the budget for this study.

It was moved that the following special study budget application (population health) be approved for submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

Summary of Expenditures:

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Professional and Other Services | \$ 69,510 |
| Transportation and Communications | 215,811 |
| All Other Services | 5,800 |
| TOTAL: | \$ 291,121 |

The question being put on the motion, it was adopted.

At 6:00 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

Également présent : Michael Toye, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Université McMaster :

Dre Sonia Anand, professeure agrégée, Département de médecine.

Université Queen's :

Karen Hitchcock, directrice et vice-chancelière.

Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie.

La Dre Anand fait une déclaration et répond aux questions.

Mme Hitchcock fait une déclaration et, de concert avec M. Aronson, répond aux questions.

À 17 h 54, le comité suspend ses travaux.

À 17 h 55, le comité reprend ses travaux.

Conformément à l'alinéa 92(2)e), le sous-comité poursuit ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité examine le budget pour cette étude.

Que le budget pour l'étude spéciale suivante (étude sur la santé des populations) soit approuvé et soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

Sommaire des dépenses

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Services professionnels et autres | 69 510 \$ |
| Transports et communications | 215 811 |
| Autres dépenses | 5 800 |
| TOTAL | 291 121 \$ |

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 18 heures, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Friday, April 18, 2008

(14)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 9 a.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pépin (5).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Segal (2).

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1)

WITNESSES:

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner.

McMaster University:

Gina Browne, Professor of Nursing and Clinical Epidemiology.

Public Health Agency of Canada:

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer.

Institute for Research on Public Policy:

Mel Cappe, President.

As individuals:

Laura Corbett, Consultant;

David Dodge, Former Governor of the Bank of Canada;

Beverly Nickoloff, Consultant;

John Wright, Former Deputy Minister of Finance and Health, Saskatchewan.

Access Consulting:

Steven Lewis, Consultant.

Canadian Public Health Association:

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

OTTAWA, le vendredi 18 avril 2008

(14)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (5).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P. et Segal (2).

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire.

Université McMaster :

Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie clinique.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada.

Institut de recherche en politiques publiques :

Mel Cappe, président.

À titre personnel :

Laura Corbett, consultante;

David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada;

Beverly Nickoloff, consultante;

John Wright, ancien sous-ministre, ministère des Finances et ministère de la Santé, Saskatchewan.

Access Consulting :

Steven Lewis, consultant.

Association canadienne de santé publique :

Debra Lynkowski, directrice générale.

Conference Board of Canada:

Diana MacKay, Associate Director, Education and Learning.

Canadian Policy Research Networks:

Sharon Manson Singer, President.

Dalhousie University:

Lars Osberg, Department of Economics.

University of Montreal:

Louise Potvin, Professor, Department of Social and Preventative Medicine.

Institute of Aboriginal People's Health for the Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Jeff Reading, Scientific Director.

Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Armine Yalnizyan, Senior Economist.

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer.

The chair made a statement.

Mr. Lewis made a statement.

Ms. Yeates made a statement and responded to questions.

Ms. Potvin, the Honourable Monique Bégin P.C., Mr. Tholl, Mr. Cappe, Mr. Dodge, Mr. Osberg, Dr. Butler-Jones, Ms. Brown, Dr. Reading, and Ms. Manson Singer made statements.

At 10:16 a.m., the subcommittee suspended.

At 10:31 a.m., the subcommittee resumed.

Senator Segal made a statement.

The Honourable Monique Bégin P.C., Ms. Yalnizyan, Ms. Lynkowi, Ms. Potvin, Mr. Tholl, Mr. Cappe, Mr. Reading, Mr. Osberg, Mr. Dodge, Ms. Manson Singer and Mr. Wright made statements.

At 12:01 p.m., the subcommittee suspended.

At 12:58 p.m., the subcommittee resumed.

The Honourable Monique Bégin P.C. made a statement.

Senator Eggleton, P.C. made a statement.

Mr. Cappe, Ms. Lynkowski, Ms. MacKay, Mr. Dodge, Dr. Butler-Jones, Ms. Potvin, Ms. Manson Singer, Ms. Yalnizyan, Mr. Osberg and Dr. Reading made statements.

At 2:13 p.m., the subcommittee suspended.

At 2:29 p.m., the subcommittee resumed.

Mr. Lewis made a statement

Conference Board du Canada :

Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage.

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques :

Sharon Manson Singer, présidente.

Université Dalhousie :

Lars Osberg, Département d'économie.

Université de Montréal :

Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et préventive.

Institut de la santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en santé du Canada :

Dr Jeff Reading, directeur scientifique.

Association médicale canadienne :

William Tholl, secrétaire général.

Centre canadien de politiques alternatives :

Armine Yalnizyan, économiste principale.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

Glenda Yeates, présidente-directrice générale.

Le président fait une déclaration.

M. Lewis fait une déclaration.

Mme Yeates fait une déclaration et répond aux questions.

Mme Potvin, l'honorable Monique Bégin, C.P., M. Tholl, M. Cappe, M. Dodge, M. Osberg, le Dr Butler-Jones, Mme Brown, le Dr Reading et Mme Manson Ringer font des déclarations.

À 10 h 16, le sous-comité suspend ses travaux.

À 10 h 31, le sous-comité reprend ses travaux.

Le sénateur Segal fait une déclaration.

L'honorable Monique Bégin, C.P., Mme Yalnizyan, Mme Lynkowski, Mme Potvin, M. Tholl, M. Cappe, le Dr Reading, M. Osberg, M. Dodge, Mme Manson Singer et M. Wright font une déclaration.

À 12 h 1, le sous-comité suspend ses travaux.

À 12 h 58, le sous-comité reprend ses travaux.

L'honorable Monique Bégin, C.P., fait une déclaration.

Le sénateur Eggleton, C.P., fait une déclaration.

M. Cappe, Mme Lynkowski, Mme MacKay, M. Dodge, le Dr Butler-Jones, Mme Potvin, Mme Manson Singer, Mme Yalnizyan, M. Osberg et le Dr Reading font une déclaration.

À 14 h 13, le sous-comité suspend ses travaux.

À 14 h 29, le sous-comité reprend ses travaux.

M. Lewis fait une déclaration.

The Honourable Monique Bégin P.C., Mr. Cappe, Dr. Reading, Mr. Dodge, Mr. Wright, Ms. Potvin, Ms. Yalnizyan, Mr. Osberg, Ms. Lynkowski, Dr. Butler-Jones and Ms. Brown made statements.

Senator Keon made a concluding statement.

At 3:47 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

L'honorable Monique Bégin, C.P., M. Cappe, le Dr Reading, M. Dodge, M. Wright, Mme Potvin, Mme Yalnizyan, M. Osberg, Mme Lynkowski, le Dr Butler-Jones et Mme Brown font une déclaration.

Le sénateur Keon fait une déclaration finale.

À 15 h 47, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, April 2, 2008

The Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

NINTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 to examine and report on issues concerning the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health, now tables its third interim report entitled *Population Health Policy: Federal, Provincial, and Territorial Perspectives*.

Respectfully submitted,

Le président,

WILBERT J. KEON

Chair

(Text of the report appears following the evidence)

RAPPORT DU COMITÉ

Le mercredi 2 avril 2008

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

NEUVIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 20 novembre, 2007 à examiner, pour en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, dépose maintenant son troisième rapport intérimaire intitulé *Politiques sur la santé de la population : Perspective fédéral, provinciale et territoriale*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport paraît après les témoignages)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 2, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:06 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: We are delighted to have with us this afternoon, Dr. Salim Yusuf, whom I have known for a very long time. He is a professor in the Department of Medicine and Director of the Population Health Research Institute at McMaster University. He holds a Heart and Stroke Foundation and Ontario Research Chair. He has been a senior scientist of the Canadian Institutes of Health Research and has received huge grant funding from Canadian granting bodies and from the National Institutes of Health in America. Before he moved to America, he was an outstanding scientist and scholar in England at Oxford University. He has a wonderful reputation, is a global authority and, in fact, is rather unique because in all the cardiovascular epidemiological studies, he has become the anchorman on a global basis. His publications have become a kind of bible in the field because they are referenced and cited regularly.

If I may say, he has been a dear friend of mine for a very long time, and I am delighted that he is here today. Dr. Yusuf, please proceed.

Dr. Salim Yusuf, Professor, Department of Medicine, McMaster University: Mr. Chair and respected senators, thank you for inviting me to come and share my thoughts with you. I will start with a little story. Last May, I was in Nairobi, Africa, with my wife, participating at the African congress of cardiology. While we were travelling by car from the airport to the hotel, I was taking photographs of people standing by the bus stop. My wife asked, "Why are you taking pictures of people at the bus stop?" I said, "Look, no obesity." We went into the meeting and found that the obesity in Africa was among the cardiologists. This is how chronic disease starts.

These diseases are first diseases of affluence. However, when I was in Washington, D.C., at a similar meeting at the National Institutes of Health, I took the red subway line from the Shady Grove stop in an affluent suburb of Montgomery County, Maryland, and did not see very much obesity. However, as the train left the affluent area and moved into Washington, D.C., I was able to plot the people becoming heavier. As it moved out of D.C. and back into Prince George's County, Maryland, on its way to Glenmont, I saw enormously fat people.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 2 avril 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni aujourd'hui à 16 h 6 pour étudier l'incidence des multiples facteurs qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs qu'on appelle aussi déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Cet après-midi, nous avons le plaisir d'accueillir le Dr Salim Yusuf, que je connais depuis fort longtemps. Il est professeur au Département de médecine et directeur de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université McMaster. Titulaire d'une chaire de recherche de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, cet éminent chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada a reçu d'importantes subventions d'organismes subventionnaires canadiens et des National Institutes of Health des États-Unis. Avant d'arriver en Amérique du Nord, le Dr Yusuf était un chercheur et un professeur éminent à l'Université d'Oxford, en Angleterre. Il jouit d'une excellente réputation, et fait figure d'autorité internationale en matière d'études épidémiologiques cardiovasculaires. Ses publications, qui sont référencées et citées régulièrement, constituent une véritable bible dans le domaine.

Puis-je ajouter que le Dr Yusuf et moi sommes amis depuis très longtemps, et que je suis très heureux de l'accueillir parmi nous aujourd'hui. Docteur Yusuf, vous avez la parole.

Dr Salim Yusuf, professeur, Département de médecine, Université McMaster : Monsieur le président, honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant votre comité. Avant de commencer mon exposé, je vais vous raconter une petite anecdote. En mai dernier, je me trouvais à Nairobi, en Afrique, avec ma femme, pour participer au Congrès africain de cardiologie. Dans la voiture qui nous conduisait de l'aéroport à l'hôtel, ma femme me demanda pourquoi je photographiais des gens qui attendaient à un arrêt d'autobus. Je lui fis remarquer qu'aucune de ces personnes n'était obèse. Par contre, lorsque nous sommes arrivés dans la salle du congrès, nous avons constaté que l'obésité en Afrique touchait particulièrement les cardiologues. C'est ainsi que les maladies chroniques commencent.

Ce sont avant tout des maladies de riches. Certes, lorsque je me trouvais à Washington, D.C., pour le même genre de conférence aux National Institutes of Health, et que j'ai pris le métro à Shady Grove, une banlieue huppée du Montgomery County, dans le Maryland, je n'ai pas vu beaucoup de personnes obèses. Par contre, au fur et à mesure que le métro s'éloignait de la banlieue huppée et approchait de Washington, j'ai constaté que les passagers étaient plus enrobés. Et quand nous avons quitté le District de Columbia pour retourner dans le Maryland, mais cette fois dans le Prince George's County, à destination de Glenmont, j'ai vu des personnes carrément énormes.

Do not tell me that the genes of the people who live in Prince George's County are different from the genes of the people who live in Montgomery County and that the train brings those seeds of obesity as it moves from one county to another. Most impressive was that it was not lone individuals who were obese but rather masses of people.

Obesity is rare in individuals in societies that have, on average, lower weights and is common in societies that are heavier. Canada did not have much obesity in the 1950s and 1960s, even after accounting for the immigrant pool. The gene pool has not changed that much to be able to say that obesity in Canada is due to a changing gene pool. This brings me to an important point.

Most of the diseases of chronic illnesses of middle age and old age — lifestyle diseases — are diseases of populations and not diseases of individuals. This was well-described in the 1950s. We do not have unhealthy people living in a healthy population, but we do have people who are unhealthy because they live in unhealthy environments and the population as a whole has shifted.

We can study populations in rural India where the rate of obesity is under 1 per cent and the rate of diabetes is under .5 per cent. When that same population moves to the cities, it becomes obese. Their rates of diabetes rise to 30 per cent. This is important because the Canadian health care system is not a health care system. It is a disease management system; and we have misunderstood the two. The disease management system is important. We have a fine disease management system. Having worked in four countries, I can say that I am proud of it. I roundly defend our system against that of the Americans. It is a bit harder against the British, but I would still defend it.

Take another condition such as high blood pressure. We have many treatments, at least five drugs that can lower blood pressure. We know that lowering blood pressure will prevent strokes, heart attacks, heart failure and will make people live longer; yet, in Canada, only 20 per cent of people with hypertension have their blood pressures controlled. That is miserable.

The first response is to get more doctors out with blood pressure cuffs and prescription pads to check everyone and get them on medication. That will work, but it will be enormously expensive. Such treatment of hypertension would bust our national budget. The approach would have to be to try to prevent hypertension. If we do one or two simple things that affect the population as a whole, not only will it reduce the rates of hypertension by half, two thirds or even three quarters in middle age, it will also do so even in children. In societies where the adults are obese, we know that the children are obese. Where adults have hypertension, children, on average, have higher blood pressures.

Ne me dites pas que les gènes des habitants du Prince George's County sont différents de ceux des habitants du Montgomery County, et que le métro emporte avec lui les germes de l'obésité quand il passe d'un comté à l'autre. Et le plus surprenant, c'était que l'obésité était la caractéristique non pas d'individus isolés mais plutôt de véritables cohortes.

L'obésité est rare chez les individus appartenant à des sociétés où la charge pondérale moyenne est relativement plus faible, mais elle est fréquente dans les sociétés où la charge pondérale moyenne est plus élevée. Il n'y avait guère d'obésité au Canada dans les années 50 et 60, même si l'on tient compte des vagues d'immigrants. Depuis, le bassin de gènes n'a pas changé au point que l'on puisse prétendre que l'obésité au Canada est une conséquence de l'immigration. Cela m'amène à un point important.

La plupart des maladies chroniques de l'âge adulte et de la vieillesse — qui sont causées par le mode de vie — sont des maladies qui frappent des populations et non des individus. Ce phénomène fut bien documenté dans les années 50. Il ne faut pas dire qu'il y a des gens en mauvaise santé dans une population en bonne santé, mais plutôt que des gens sont en mauvaise santé parce qu'ils habitent dans un environnement insalubre et que c'est la santé de la population en général qui a changé.

Prenons le cas d'une population en Inde rurale dont le taux d'obésité est inférieur à 1 p. 100 et le taux de diabète, à 0,5 p. 100. Lorsque cette même population émigre vers la ville, elle devient obèse. Son taux de diabète passe à 30 p. 100. C'est important de le dire parce que le système de santé au Canada n'est pas un système de soins mais un système de gestion de la maladie, et nous avons tendance à confondre les deux. Le système de gestion de la maladie est important, et le nôtre marche bien. Moi qui ai travaillé dans quatre pays différents, je peux vous dire que je suis fier de notre système canadien. Je le trouve nettement supérieur au système américain, et même au système britannique, quoique dans une moindre mesure.

Prenons un autre exemple, celui de l'hypertension. Nous avons beaucoup de traitements et au moins cinq médicaments pour soigner cette maladie. Nous savons qu'en abaissant la tension artérielle, nous pouvons prévenir les accidents cardiovasculaires et les crises cardiaques, et prolonger la vie du malade. Et pourtant, au Canada, seulement 20 p. 100 des gens qui souffrent d'hypertension se soignent. C'est lamentable.

Pour y remédier, on pourrait envoyer des médecins, munis d'un brassard de tensiomètre, vérifier la tension de la population et prescrire à ceux qui en ont besoin les médicaments nécessaires. Cela serait efficace mais coûterait très cher et ferait exploser notre budget national. La seule solution est de prévenir l'hypertension. En faisant une ou deux choses toutes simples pour l'ensemble de la population, nous réussirons non seulement à réduire le taux d'hypertension de moitié, de deux-tiers et même de trois-quarts non seulement chez les adultes, mais aussi chez les enfants. Nous savons que, dans les sociétés où les adultes sont obèses, les enfants le sont aussi; et que dans les sociétés où les adultes font de l'hypertension, les enfants en font aussi.

I am trying to point out two things: Most chronic diseases, such as diabetes, obesity, heart disease and strokes, are diseases of populations, with the origins in childhood; and the causes of the determinants of these are societal. There are fundamentally three causes; the first is tobacco. We are doing a lot in this country to control tobacco concerning heart attacks and strokes, but we should do more. Most of us think that we know enough about tobacco to control it, and then it will take care of itself. That is not the case. In the last century, 100 million people died from tobacco-related causes. In this century, 1 billion people will die from tobacco-related causes unless we do something much more aggressive about it. Canada is enlightened in that it has one of the most advanced mechanisms of tobacco control, which we need to continue to work on. In 20 to 30 years, tobacco control in Canada will be a model around the world.

We need to control obesity and salt. Obesity is not because individuals decide to do the wrong things. It is because individuals decide to do the right thing. If I put food in front of most of you and you eat, that is a normal response. However, if I put lots of tasty food before you and tell you not to eat, that is an abnormal response. The way we try to deal with obesity in this country is to put this sea of plenty before people and tell them, do not eat. We are trying to take normal human behaviour and change it because our environment is abnormal. The right thing to do is to change the environment so that the normal responses come into play. Challenge people with less of the wrong kinds of food, and then people cannot eat the wrong kinds of food. If the schools were to serve the right kinds of foods, then the kids could not eat the wrong kinds of foods.

If I leave 15 minutes late for work in the morning, I get stuck behind a certain school bus. There are parents outside each home for about two kilometres along bringing their children out and putting them on the bus. It is a wonderful sight, but it makes you wonder why the children do not walk 100 yards and gather together to get on the school bus.

Our cities are structured to be obeseogenic and our systems have been structured to be obeseogenic. I am sure this building has staircases but they are called fire exits. They are unattractive and are put away in a corner. The designs of buildings promote inactivity. We are building a new research facility, and I said that it has to be an anti-obesity building. It will be only six floors high and the central piece is a beautiful staircase. We have elevators but they will be tucked away in the corner. We will put up a sign at the staircases that says: This is good for your health — free gym. At the elevators, the sign will say: If you are healthy, this is injurious to your health. We will see whether it will work.

Je veux vous démontrer deux choses : premièrement, que la plupart des maladies chroniques comme le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires sont des maladies qui frappent des populations, et que leur origine remonte à l'enfance; et deuxièmement, que les causes fondamentales de ces maladies sont d'ordre sociétal. Ces causes sont au nombre de trois, la première étant le tabagisme. Au Canada, nous avons pris de nombreuses mesures pour réduire le tabagisme et son incidence sur les crises cardiaques et les accidents vasculaires, mais ce n'est pas suffisant. Nous avons tendance à penser que nous en savons assez sur la question, et que le problème va se régler tout seul. Ce n'est pas le cas. Au cours du XX^e siècle, 100 millions de personnes sont mortes de maladies dérivées du tabagisme. Au cours du XXI^e siècle, un milliard de personnes mourront de ces mêmes causes si nous ne prenons pas de mesures plus radicales. Le Canada a su se doter de l'un des systèmes les plus avancés en matière de lutte contre le tabagisme, mais il ne doit pas s'arrêter là. D'ici 20 à 30 ans, notre système sera un modèle pour le monde entier.

Nous devons lutter contre l'obésité et la consommation de sel. L'obésité est la conséquence non pas d'un comportement répréhensible, mais plutôt d'un geste tout à fait naturel : si je vous propose de la nourriture et que vous la mangez, vous avez une réaction tout à fait normale. Si, par contre, je vous mets de grandes quantités de nourriture appétissante sous les yeux en vous disant de ne pas y toucher, je déclenche une réaction anormale. C'est pourtant ce que nous faisons ici, au Canada : nous essayons de lutter contre l'obésité en offrant aux gens une nourriture abondante et variée tout en leur disant de ne pas y toucher. En d'autres termes, nous essayons de modifier un comportement humain tout à fait normal pour l'adapter à un environnement qui, lui, est anormal, alors que nous devrions plutôt modifier l'environnement pour déclencher des réactions normales chez les individus. Cessons d'offrir aux gens de mauvais aliments, et ils cesseront de les consommer. Si les écoles offraient de bons aliments, les enfants ne pourraient plus consommer de mauvais aliments.

Lorsque je pars au travail le matin, 15 minutes plus tard que d'habitude, je me retrouve derrière un autobus scolaire. Sur deux kilomètres, je vois des parents devant leur maison qui attendent le bus avec leurs enfants. C'est émouvant à voir, mais je ne peux m'empêcher de me demander pourquoi les enfants ne peuvent pas faire 100 mètres à pied afin de se rassembler avant de monter dans le bus.

Nos villes et nos systèmes sont obésogènes, c'est-à-dire qu'ils sont conçus de manière à engendrer l'obésité. L'immeuble où nous nous trouvons a certainement des escaliers, mais on les appelle des sorties de secours, qui sont souvent aménagées dans des recoins isolés et peu attrayants. L'architecture même des immeubles encourage la sédentarité. Nous sommes en train de construire un nouveau centre de recherche, et j'ai demandé que ce soit un centre anti-obésité. Il n'aura que six étages, qui seront desservis par un magnifique escalier central. Il y aura des ascenseurs, mais ce sont eux qui seront aménagés dans un recoin isolé. Nous mettrons des panneaux dans l'escalier, pour

In some sense, I might be joking, but I am serious. We cannot have a healthy society if our policies are not health-conscious and health-oriented. The Government of Canada has a bigger opportunity to do something here than all the doctors together in this country. As someone said, health is too important to leave it to doctors. Despite being a doctor in health research and in practice for 30 years, reluctantly, I tend to agree with that comment.

A few years back, the Soviet Bloc had a tremendous revolution that led to the fall of communism. In the midst of that, Poland was an interesting case study. When the communist government fell, they had very little money. There was chaos but, in the midst of it, they removed the subsidies on animal products on farms. As a result, people were growing vegetables in their backyards because that is all they could afford. Over a two-year period, there was a 20 per cent reduction in heart attack deaths and strokes in the entire country. This is like saying that, in all of Canada, we will control high blood pressure. It is as big an effect as that.

Why did that happen? It happened because the dairy consumption declined by 50 per cent and the vegetable and fruit consumption increased by 80 per cent. It was all a matter of affordability. Therefore, if a country such as Poland could do it inadvertently, Canada could do it. With the right policies and considerable resources, both in money and human brain power, we could do it if the will was there and improve the health of the nation.

I want to leave you with a final thought. I have not given you specifics; I just want you to have a feel for the issue. The problem of chronic disease will only get worse in Canada.

The best way to improve survival after a heart attack is not to have a heart attack. The best way to reduce disability after a stroke is not to have a stroke. The best way to avoid people being frail and cognitively impaired in old age is to avoid the progression of conditions that lead to it.

A whole new concept is emerging. I see that the future of people in cardiology is not in doing what we currently do, but in preventing cognitive decline by improving the health of people so that they are less frail and more independent. Healthy aging is dependent on healthy populations. Populations that are healthier on average have less disability.

There is a concept called compression of morbidity. Fifty years ago, four out of five people in Britain would die before the age of 70. Today, we have the theoretical promise that four out of five

indiquer que c'est de la gymnastique gratuite... et que c'est bon pour la santé. Dans les ascenseurs, nous mettrons des panneaux disant : « Si vous êtes bien portant, l'ascenseur est nuisible à votre santé ».

Je plaisante peut-être un peu, mais je suis très sérieux. Nous ne pouvons pas avoir une société en bonne santé si nos politiques ne sont pas axées sur la protection et la promotion de la santé. Le gouvernement du Canada, à lui seul, peut faire davantage dans ce domaine que tous les médecins du pays réunis. On dit que la santé est une chose trop importante pour être laissée aux médecins. Même si j'exerce la médecine et que je fais de la recherche dans ce domaine depuis 30 ans, je reconnais, un peu à mon corps défendant, que c'est bien vrai.

Il y a quelques années, le Bloc soviétique a été secoué par une formidable révolution qui a mené à la chute du communisme. À la même époque, la Pologne a vécu une expérience qui en fait une étude de cas intéressante. Lorsque le gouvernement communiste fut renversé, le pays avait très peu d'argent. Au milieu du chaos, le gouvernement décida de supprimer les subventions aux paysans pour les produits animaux. Résultat : les gens se mirent à cultiver des légumes dans leur cour car les prix devenaient inabordable. Deux ans plus tard, on enregistra dans tout le pays une réduction de 20 p. 100 des décès causés par des crises cardiaques et des accidents cardiovasculaires. L'effet est aussi important que si nous disions, au Canada, que nous allons éradiquer l'hypertension dans tout le pays.

Pourquoi cela s'est-il produit? Parce que la consommation de produits laitiers a diminué de 50 p. 100 et que celle des légumes et des fruits a augmenté de 80 p. 100. C'était donc purement une question de moyens financiers. Et si un pays comme la Pologne l'a fait sans vraiment le vouloir, le Canada peut certainement le faire. Avec les politiques appropriées et les ressources financières et humaines nécessaires, nous pouvons fort bien le faire. Il suffit d'avoir la volonté d'améliorer la santé de la population.

Avant de conclure, je voudrais vous faire part d'une dernière réflexion. Je ne vous ai pas donné de chiffres, car je voulais simplement vous sensibiliser au problème des maladies chroniques au Canada. C'est un problème qui va aller en s'aggravant.

Le meilleur moyen d'améliorer ses chances de survie après une crise cardiaque est de ne pas avoir de crise cardiaque. Le meilleur moyen de réduire les risques d'invalidité après un accident cardiovasculaire est de ne pas avoir d'accident cardiovasculaire. Le meilleur moyen d'éviter les problèmes de santé et de mémoire liés à la vieillesse est d'empêcher la progression des facteurs qui les provoquent.

Un concept tout nouveau est en train d'apparaître. L'avenir de la cardiologie n'est pas de continuer à faire ce que nous faisons aujourd'hui, mais plutôt d'essayer de prévenir le déclin cognitif en améliorant la santé des gens, pour qu'ils deviennent moins fragiles et plus indépendants. Avant de vieillir en bonne santé, les gens doivent avoir vécu en bonne santé. Les populations bien portantes comptent en moyenne moins de cas d'invalidité.

On parle aujourd'hui de réduction de la morbidité. Il y a 50 ans, en Angleterre, quatre personnes sur cinq mouraient avant 70 ans. Aujourd'hui, c'est quatre personnes sur cinq qui, en théorie,

people will live beyond the age of 70. I believe that is true in Canada. However, 20 years from now, we have to be able to say that four out of five people will live healthily beyond the age of 80.

I believe it is possible with what we know if we have the right policies. You are doing a tremendously important thing in convening a committee on population health. The health of the population will improve the health of each of us. It will help improve our health not only when we get sick or when we are in our middle age but also in our children and our grandchildren from the day they are born.

Thank you for giving me the opportunity to share my thoughts with you. I would be happy to address any questions. Much of what I say may be alien, but I am known to be provocative.

The Chair: You raised a question in your anecdote that you did not address. You mentioned that as you sat on the train and went through different communities, you saw differing incidence of obesity. It is a tremendous population health problem.

As our hearings unfold, it appears that if we are to be helpful to government, we must find a way of making recommendations to help provide resources at the top. Examples are the prevention of tobacco use and control of hypertension. However, when we try to affect the determinants of health, such as poverty, poor sanitation, contaminated water and poor housing, I have the impression they cannot be addressed at 30,000 feet — at the top level.

We are lacking, in Canada, an organization that can pull together the resources to deal with the determinants of health at the community level. We have many examples such as native people or the city core.

We visited Cuba to look at the polyclinics that fundamentally do that. They service a given population of about 20,000 people usually. They provide primary health care, public health, prevention programs and are integrated with the early education programs and so forth. It is amazing that the indices of good health in Cuba are as good as in Canada without the resources to deal with the illness management system that you mentioned.

Would you comment on the need for organization at the community level that gives people a decent place to live, decent food to eat, et cetera, through the dozen or so determinants of health?

peuvent espérer vivre au-delà de 70 ans. Je crois que cela vaut aussi pour le Canada. Et j'estime que, dans 20 ans, nous devrions pouvoir affirmer que quatre personnes sur cinq vivront au-delà de 80 ans et resteront bien portantes.

Je suis convaincu que cela est possible, vu l'état de nos connaissances, mais il faut se doter des politiques appropriées. Vous avez pris une mesure décisive en constituant un comité sur la santé des populations, car une meilleure connaissance de la question aura une incidence positive sur la santé de chacun d'entre nous. Pas seulement celle des malades ou des adultes, mais aussi celle de nos enfants et de nos petits-enfants, dès leur naissance.

Je vous remercie de m'avoir invité à vous faire part de mes réflexions et suis prêt à répondre à vos questions. Mes idées vous ont peut-être paru un peu étranges, mais j'aime bien provoquer des réactions.

Le président : En racontant votre anecdote, vous avez mentionné un problème sans vous y attarder. Vous avez dit qu'en traversant en métro différentes collectivités, vous aviez constaté que l'incidence de l'obésité variait de l'une à l'autre. S'agissant de la santé des populations, c'est un problème énorme.

Au fur et à mesure de nos audiences, nous nous rendons compte que, si nous voulons jouer un rôle utile auprès du gouvernement, nous allons devoir faire des recommandations pour que les ressources nécessaires soient mises à disposition par les instances supérieures. La lutte contre le tabagisme et la lutte contre l'hypertension en sont des exemples. Par contre, lorsqu'il s'agit de déterminants de la santé comme la pauvreté, le manque de logements et d'équipements sanitaires adéquats, et la contamination de l'eau, j'ai l'impression qu'on peut difficilement résoudre ces problèmes quand on est à 30 000 pieds... je veux parler des instances supérieures.

Ce qu'il nous manque, au Canada, c'est une organisation capable de mobiliser les ressources nécessaires pour améliorer les déterminants de la santé au niveau communautaire. Nous en avons de nombreux exemples avec les Autochtones et dans les centres-villes.

Nous sommes allés à Cuba, visiter des polycliniques qui jouent précisément ce rôle. Elles desservent généralement une population d'environ 20 000 habitants, et offrent principalement des soins de santé primaires, des services de santé publique et des programmes de prévention. Elles sont aussi intégrées à des programmes d'éducation préscolaire, entre autres. Il est étonnant de voir que les indices de bonne santé, à Cuba, sont aussi bons qu'au Canada, alors que ce pays n'a pas les ressources pour financer un système de gestion de la maladie, comme celui dont vous avez parlé tout à l'heure.

Que pensez-vous de cette idée de créer une organisation, au niveau communautaire, dont le rôle serait de s'assurer que les gens ont un logement décent, de la nourriture adéquate, et cetera. Bref, que les différents déterminants de la santé, qui sont au nombre de 12 environ, sont améliorés pour tout le monde?

Dr. Yusuf: Undoubtedly in Western societies, poverty is associated with most common diseases. It is curious. About 100 years ago, poverty was associated with less heart disease. Then it flipped with what is called the post-Victorian gradient. In these societies, richer people — more educated, more affluent — know how to deal with the problems, and then they reverse the epidemic.

My story of Africa had a message. It is a continent on the rise; the rich people now have heart disease. The contrast with Washington, D.C. was deliberate; now it is the poor people who have heart disease. Think of Africa and Washington, D.C. as telescoping what has happened in 100 years in our country. That is what I hoped to get across. You can see poverty playing a major role.

Having said that, it may be too much to say that we will further redistribute wealth. Some individuals, depending on political leanings, have said that. I do not know whether it is desirable or not. I will not comment on that.

The point is we could do things at three levels. The first level is national policy so that it is easier to live a good life and does not cost anyone any money; for example make changes to tobacco laws, health education of children in schools and redesign school curricula to ensure physical activity is common in day-to-day life. Redesign the curriculum so that there is more physical education not only in schools but even in universities. When I consider my son and his friends, they were as thin as weeds when they finished school; yet, in the first four years of university, they all put on weight.

Redesign what happens in the workplace. Redesign buildings; perhaps provide free gym memberships or bonuses for maintaining a healthy life. Incentives can be incorporated. This may not cost individuals anything. It will, of course, cost society something, but these are policy-level decisions to increase physical activity. In the long term, redesign our cities to be health-conscious not automobile-friendly so that we walk more. In a cold city, passages can be underground or in covered parks, for example.

The other side is food policies. The one food policy that will not cost Canada much but will have a big impact on hypertension is reducing salt. Most of us do not realize that the majority of salt we eat is already in the food, and we cannot do anything about it. It is not the salt that we add either in cooking or at the dinner table. That is only 20 per cent of salt intake.

We need to reduce the salt in processed food. Even meats are injected with saline to increase their taste. Where I shop, that is what is done.

Dr Yusuf : Dans les sociétés occidentales, il est indéniable que la pauvreté est liée aux maladies les plus courantes. C'est curieux car, il y a 100 ans, il y avait moins de maladies cardiaques chez les gens qui vivaient dans la pauvreté. Le phénomène s'est inversé à l'époque post-victorienne : les gens aisés sont devenus plus instruits et plus riches, et ils ont appris à prévenir ces maladies, ce qui a renversé la tendance.

L'anecdote africaine que je vous ai racontée contient un message. C'est un continent en plein essor, mais où les riches commencent à avoir des maladies cardiaques. La comparaison avec Washington était délibérée : ce sont maintenant les pauvres qui ont des maladies cardiaques. Et cette comparaison entre l'Afrique et Washington, D.C., illustre bien ce qui s'est passé dans notre pays au cours des 100 dernières années. C'est le message que je veux vous faire comprendre. On voit bien que la pauvreté joue un rôle déterminant.

Cela dit, je n'irais quand même pas jusqu'à préconiser une nouvelle redistribution de la richesse, comme certains le font par conviction politique. Je ne sais pas si cela est souhaitable et m'abstiendrai donc de tout commentaire là-dessus.

Il n'en reste pas moins que nous pouvons intervenir à trois niveaux. Au niveau des politiques nationales, d'abord, afin de permettre aux gens de vivre mieux sans que cela leur coûte davantage. Par exemple, on pourrait modifier les lois sur le tabagisme, assurer une meilleure éducation sanitaire dans les écoles, et revoir les programmes scolaires et universitaires afin de laisser une plus grande place à l'éducation physique. Je pense à mon fils et à ses amis : ils étaient minces comme des fils quand ils ont fini l'école, mais après quatre ans d'université, ils avaient tous pris du poids.

Il faut aussi repenser l'aménagement des lieux de travail, revoir l'architecture des bâtiments, envisager d'offrir des abonnements gratuits à des gymnases, et donner des incitatifs pour encourager les employés à mener une vie saine. Les incitatifs pourraient être intégrés et ne rien coûter aux employés. Bien sûr, c'est la société tout entière qui paiera, mais c'est un choix qui doit être fait par nos décideurs, s'ils veulent vraiment encourager l'activité physique. À long terme, il faudra repenser nos plans d'urbanisation afin d'encourager non pas l'usage de la voiture mais la marche à pied. Dans les pays froids, on peut fort bien aménager des passages souterrains ou imaginer des parcs couverts, par exemple.

L'autre volet concerne les politiques en matière d'alimentation. Encourager la population à consommer moins de sel ne coûterait pas grand-chose au gouvernement et aurait une incidence positive considérable sur l'hypertension. La plupart d'entre nous ignorent que la majeure partie du sel que nous absorbons se trouve déjà dans les aliments que nous consommons. Nous ne pouvons rien y faire. Le sel que nous ajoutons aux aliments, à table ou en préparant la nourriture, ne représente que 20 p. 100 de notre consommation totale.

La solution est donc de réduire les quantités de sel utilisées dans la transformation des aliments. Savez-vous qu'on injecte des solutions salines dans les viandes pour leur donner plus de goût? C'est ce que fait mon boucher.

If we can have national legislation that reduces salt in the foods that we already receive, even if every Canadian adds a bit of salt at the table, hypertension levels will drop. If we drop weight by a small amount in the whole population — 2 or 3 kilograms — then that will have an added effect. Between these two, my estimate is that we will lower hypertension and diabetes rates by 50 per cent. This can be done without huge tinkering; minor tinkering without huge changes.

One can be more radical and suggest that there is a story in tobacco that will tell us what to do about foods. Perhaps we should gently change our agricultural policies. Maybe we are subsidizing the wrong types of agricultural products. Maybe it is time to shift it to the healthier foods. Yes, help our farmers; I believe in that. We need a healthy farming community. However, change how we do it so that there is greater value in promoting the growth of foods and produce that are healthy. That may be more controversial, but I am just throwing that out as a possibility.

The second suggestion is borrowed from Cuba. I was at the CIHR today where they are having a debate as to funding international programs. The concern about funding international programs is whether something done in another country can have relevance to Canada. My response was to tell them that the only way we can learn whether our system is good, bad or indifferent is by comparing our system with another system, which is what we have done.

Returning to the Cuba model, we need a model of community clinics, health care workers, who are not necessarily physicians but extended health care workers — in this country, we call them nurse practitioners, but it can be any model — who are trained to deal with 20 of our common issues. That will, in one stroke, deal with the so-called shortage of GPs; it will deal with, as you know, the inequities of the reward system right now in medicine and will focus it back on the simple things that many people are afflicted by.

Doctors are more interested in doing the high-tech stuff. I am a doctor too, so I know this to be fact. I headed a cardiology program. None of my trainees want to do the simple things because they are not intellectually satisfying, and they are not well remunerated. We need to think of a different model. Doctors need to be part of the model; you cannot alienate them. Politically, that would be a mistake. On a positive note, they can be helpful; for example, Andrew Pipe in Ottawa. He has been tremendous with what he has done on tobacco control. The right physicians working with, not on top of, extended health care workers can be that next level.

Last, our medical curriculum in this country needs to evolve. It has to evolve from a biology-based approach, which is what I studied — and which is good — to the added concepts of the social determinants of health. Public health needs to become a

. Si nous adoptons une loi visant à réduire les quantités de sel utilisées dans la transformation des aliments que nous achetons, les taux d'hypertension diminueront, même si chaque Canadien leur ajoute un peu de sel à table. Si on encourage les gens à perdre du poids — 2 ou 3 kilos — cela aura un effet encore plus positif. À elles seules, ces deux mesures pourraient permettre, selon mes calculs, de réduire de moitié les taux d'hypertension et de diabète. Ce ne sont pas de gros changements, simplement des petites adaptations, mais qui auront des effets importants.

On pourrait être plus radical et proposer de légiférer pour les aliments comme on l'a fait pour le tabac. On pourrait aussi se contenter de modifier petit à petit nos politiques agricoles : au lieu de subventionner certains produits agricoles, on devrait peut-être subventionner des aliments plus sains. Oui, nous devons aider nos agriculteurs, j'en suis convaincu, car nous avons besoin d'un secteur agricole en bonne santé. Mais changeons notre façon de faire et essayons d'encourager et de promouvoir la culture d'aliments et de produits qui sont bons pour la santé. C'est sans doute une suggestion plus controversée, mais je vous la soumets.

Ma deuxième suggestion m'est inspirée par Cuba. J'étais à l'IRSC aujourd'hui, et on discutait du financement des programmes internationaux. Dans ce genre de débat, la question qu'on se pose est de savoir si ce qui se fait dans un autre pays peut présenter un intérêt ici au Canada. Je leur ai dit que la seule façon pour nous de savoir si notre système est bon, mauvais ou moyen, c'est de le comparer avec un autre système. Et c'est ce que nous avons fait.

Pour reprendre l'exemple de Cuba, je vous dirai que oui, nous avons besoin d'un système de cliniques communautaires, avec des travailleurs de la santé qui ne sont pas nécessairement des médecins — ici nous les appelons des infirmières ou des infirmiers praticiens, mais on peut choisir un autre modèle — mais qui ont reçu la formation nécessaire pour traiter une vingtaine de maux de la vie courante. Cette solution nous permettrait de régler d'un coup notre soi-disant pénurie de médecins généralistes, et de rendre aussi plus juste la pratique de la médecine en la réorientant vers le traitement des maux ordinaires qui affligent un grand nombre de gens.

Les médecins s'intéressent davantage aux maladies qui nécessitent des traitements sophistiqués. Je le sais, je suis médecin moi aussi. J'ai dirigé un programme de cardiologie, et aucun de mes étudiants ne voulait se spécialiser dans les maladies ordinaires parce ce n'est pas stimulant intellectuellement et parce que c'est moins bien rémunéré. Il faut donc concevoir un nouveau modèle, où les médecins doivent avoir leur place, vous ne pouvez pas les écarter. Politiquement, ce serait une grave erreur. Et je suis convaincu qu'ils peuvent être très utiles. Prenez le cas d'Andrew Pipe, à Ottawa. Il a joué un rôle extraordinaire dans la lutte contre le tabagisme. On pourrait donc avoir dans ces cliniques des médecins comme lui, qui épauleraient les travailleurs de la santé, sans pour autant les diriger.

Enfin, nous devons revoir le contenu de nos programmes de médecine. Ils sont actuellement fondés sur l'approche biologique; c'est ainsi que j'ai été formé et c'est une bonne approche, mais il faut y ajouter les concepts des déterminants sociaux de la santé.

much more integral part of the core curriculum of medical students training in internal medicine. You would all be surprised if I told you that when an individual in Canada comes out as a cardiologist, he or she has had four years of medical school, four years of internal medicine training and three years of cardiology, a total of eleven years. Do you know how much time they spent learning how to assess diet? Zero. Do you know how much time they spent learning how to get people to stop smoking? Zero. However, these two are the biggest causes of heart disease. Therefore, changing the curriculum of health workers to incorporate prevention and population health is also important. Again, those are the types of things the nation as a whole can do.

Senator Brown: I am fascinated by what you had to say. We had a doctor here as a witness previously talking about almost exactly the same three issues — tobacco, salt and inactivity. I also agree with your suggestions to change the buildings to make them more physically challenging. I experienced that myself since I came down here. I walked for the first three months and lost about 10 pounds just going back and forth from my apartment — involuntarily on my part because I did not have a car. It has been snowing ever since, so I have probably got it all back now.

The tobacco issue really fascinates me, because I quit smoking about 40 years ago. It takes some people a lot of effort to quit. I was lucky; it was not that hard for me. I think about the program that Canada has already used on tobacco. I would say 40 years ago, the majority of Canadians smoked, and now it is around 20 per cent. If that is correct, then we have done it, not with massive changes in our medical system, just with advertising on tobacco packages and television about how bad tobacco is for you.

Dr. Yusuf: It has been much more than that, senator. I would say that it is an enlightened multi-tier approach. First, we have taxed tobacco, and there is a very clear relationship between taxation of tobacco and users, especially in teenagers. Second, obviously we have, as you mentioned, health and safety warnings. Third, we banned the use of tobacco. Now tobacco is socially unacceptable in most places. We made a sea of change, and tobacco is a wonderful example of population health strategies working.

Senator Brown: That is exactly what I was trying to get to. We started with a very mild program against tobacco. We asked the tobacco companies, or told them, to put a warning on the packaging. Then we started with more belligerent advertising, for want of a better word, and we have escalated it until we closed

La santé publique doit également occuper une place plus importante dans la formation de base en médecine interne du futur médecin. Vous seriez tous très surpris si je vous disais que, pour devenir cardiologue au Canada, il faut faire quatre ans d'études à la faculté de médecine, quatre ans de formation en médecine interne et trois ans de formation en cardiologie, soit un total de 11 années de formation. Et savez-vous pendant combien de mois on lui apprend à évaluer un régime alimentaire? Zéro. Savez-vous pendant combien de mois on lui apprend comment encourager les gens à ne plus fumer? Zéro. Il faut donc aussi que le programme de formation des travailleurs de la santé inclue la prévention et la santé des populations. Voilà le genre de choses qu'on peut faire, à l'échelle du pays.

Le sénateur Brown : Je suis fasciné par ce que vous avez dit. Un autre médecin a comparu devant notre comité, et il a parlé pratiquement des trois mêmes déterminants : le tabac, le sel et la sédentarité. Je suis aussi d'accord avec vous quand vous dites que nous devons modifier l'aménagement de nos immeubles pour encourager les gens à bouger. Je m'en rends compte tout particulièrement depuis que je suis ici. Pendant les trois premiers mois, j'ai circulé à pied entre mon appartement et le Parlement, et j'ai perdu une dizaine de livres. C'était bien malgré moi puisque je n'avais pas de voiture. Puis l'hiver est arrivé, nous avons eu beaucoup de neige, et j'ai sans doute repris tout ce que j'avais perdu!

La question du tabagisme m'intéresse tout particulièrement, car j'ai arrêté de fumer il y a une quarantaine d'années. Pour certaines personnes, c'est vraiment très dur d'arrêter, mais moi j'ai eu de la chance, ça n'a pas été trop difficile. Parlons du programme que le Canada a mis en place pour lutter contre le tabagisme. Il y a 40 ans, la majorité des Canadiens fumaient, et aujourd'hui, ils sont autour de 20 p. 100. Si ces chiffres sont exacts, cela signifie que les mesures en place sont efficaces; et nous n'avons même pas eu besoin de procéder à des changements radicaux, puisque les publicités sur les paquets de cigarettes et à la télévision ont suffi à convaincre beaucoup de fumeurs que le tabac était dangereux.

Dr Yusuf : C'est beaucoup plus que ça, monsieur le sénateur. À mon avis, nous avons adopté une approche éclairée et progressive. D'abord, nous avons augmenté les taxes sur le tabac, et on sait bien que cela a un effet direct sur la consommation de tabac, surtout chez les adolescents. Ensuite nous avons eu recours, comme vous l'avez dit, à des messages publicitaires et des mises en garde quant à la dangerosité du produit. Puis nous avons interdit l'usage du tabac. Aujourd'hui, fumer est socialement inacceptable presque partout. Nous avons réalisé une véritable mutation, et nous avons là l'exemple d'une stratégie qui a merveilleusement réussi.

Le sénateur Brown : C'est exactement ce que je voulais dire. Nous avons commencé par prendre des mesures plutôt discrète pour lutter contre le tabagisme, en demandant, ou plutôt en imposant, aux fabricants d'apposer une mise en garde sur les paquets de cigarettes. Puis nous avons adopté une attitude plu

buildings from smoking. We have closed almost every public place that you can imagine.

I am not suggesting that we close off people from food, but I am suggesting the same type of a program. You are advertising it yourself with your words and your thoughts, and we are listening carefully. Most of us will believe what you have to say, but we need your thoughts to reach the entire population in Canada and its future generations, the children, especially the young ones.

We have to use what you are suggesting, but we also have to go back to what was successful with tobacco. We start saying, "Hey, you are eating food with too much salt. It is bad for you." We have already started that program with candies and pop, et cetera. I believe it started in schools. We have to accelerate all of them, and it is worthwhile. I just wanted to add to what you are suggesting, because I really feel that the medical people cannot do it by themselves.

Dr. Yusuf: Yes, that is true.

Senator Brown: It has to be the whole of society.

Dr. Yusuf: I completely agree.

Senator Callbeck: I am certainly interested in what you have to say. When you talk about the health care system being based on disease management as opposed to prevention and maintenance of health, I agree with you. Many Canadians look at our health care system as hospitals, doctors and nurses.

From reading your presentation, you suggest that we take a percentage of the health care budget and put it into population health and prevention strategies. That would be a great move. There are many advantages there because it brings down acute care costs, and people are more productive and healthier as well. Their quality of life is better.

You know that governments generally think in the short-term, and prevention measures in population health take a long time to show results. My question is about the general public. How do you get the general public to buy into thinking that it is good to take a percentage of the health care budget and put it into preventative measures, strategies and population health rather than into hospitals, doctors and nurses?

Health care costs are going up. There is such a demand there for the health dollar. To my way of thinking, you have to get the general public to buy into this, so they can then pressure their politicians to spend these dollars on population health. Otherwise, will it happen?

agressive, si l'on peut dire, dans nos messages publicitaires, afin d'interdire le tabac dans des immeubles entiers. Aujourd'hui, il est interdit de fumer dans quasiment tous les lieux et bâtiments publics.

Je ne propose pas d'en faire autant avec certains aliments, mais on pourrait adopter le même genre de programme. Ce que vous dites est très convaincant, et nous vous écoutons attentivement. La plupart d'entre nous sommes convaincus par ce que vous dites, mais nous avons besoin d'arguments percutants pour convaincre toute la population canadienne et les générations futures, les enfants, surtout les plus jeunes.

Nous devons faire ce que vous suggérez, mais nous devons aussi nous inspirer de ce qui a bien fonctionné pour le tabac. Par exemple, on pourrait commencer par dire : « Attention, vous consommez des aliments qui sont trop salés. C'est mauvais pour la santé. » Nous avons déjà commencé de le faire pour des friandises et des boissons sucrées, entre autres. Ça se fait dans les écoles, je crois. Il faudrait aller plus vite, car cela vaut la peine. Je voulais simplement revenir un peu sur ce que vous avez dit, car je suis convaincu que le personnel médical ne peut faire ça tout seul.

Dr Yusuf : Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Brown : Il faut que toute la société soit impliquée.

Dr Yusuf : Je suis entièrement d'accord.

Le sénateur Callbeck : Tout ce que vous dites m'intéresse beaucoup. Quand vous dites que le système de santé est fondé sur la gestion de la maladie plutôt que sur la prévention et le maintien de la santé, je suis tout à fait d'accord. Pour beaucoup de Canadiens, le système de santé, c'est des hôpitaux, des médecins et des infirmières.

J'ai lu votre mémoire, et vous proposez de consacrer un certain pourcentage du budget de la santé au financement de stratégies sur la santé des populations et sur la prévention. Ce serait une excellente initiative qui aurait de nombreux avantages, notamment celui de réduire les dépenses pour les soins de courte durée : les gens seraient plus productifs et en meilleure santé, et leur qualité de vie n'en serait que meilleure.

Vous savez que les gouvernements, en général, planifient à court terme, et les mesures de prévention en matière de santé des populations ne donnent des résultats qu'à long terme. Je pense à la population en général. Comment pensez-vous qu'on arrivera à la convaincre que ce serait une bonne chose d'amputer le budget destiné aux hôpitaux, aux médecins et aux infirmières pour financer des mesures de prévention et des programmes de santé des populations?

Les coûts des soins de santé augmentent. Les besoins sont énormes. À mon avis, il va falloir d'abord convaincre la population de la nécessité d'une telle mesure, pour qu'elle exerce ensuite des pressions sur les politiciens pour qu'ils acceptent de financer des programmes de santé des populations. Sinon, comment pensez-vous qu'on y arrivera?

Dr. Yusuf: You have raised some important practical issues. Some aspects of population health, the public will welcome; others they will fight because nobody wants to change the way they live.

If I have a patient after a heart attack, they want to know which stent I will put into them. They do not want to hear about smoking cessation or losing weight. Here is a person who has just had a heart attack, a life-threatening situation. Similarly, I am not sure people willingly agreed to wear seat belts. It was legislated so people wore seat belts.

It will call for leadership from the government to persuade the nation what is good for them. That would be the difference between a reactive political system versus a proactive and visionary political system. I will leave it to the government to decide which one they want to be.

On a more practical level, I spent two hours with Minister Smitherman last week. We talked about the assumption that everything we do in the hospital system, or whatever system we have, is useful. What if there is considerable waste? Let me give you an example.

When I came to McMaster University, Hamilton, in 1992, we had two heart catheterization units. We always had a waiting list. Whenever I mention waiting list, we assume that any waiting list is bad and everybody on a waiting list ought to be on it. Who said so?

We studied the waiting list. We then had a third catheterization lab, then a fourth built. Our volumes went from 3,000 procedures a year to 8,500 now. The proportion of people who do not meet appropriateness criteria for catheterization tripled in that period. Where we can find our savings is to have quality assurances and appropriateness. That is one source; it may not be everything.

There needs to be re-education. More health care delivery does not mean better health. There is very good data showing that for certain types of high-tech procedures, after a certain point, we start to do it in less appropriate people, and we start to get complications. Although we are spending more money, we are actually hurting people.

Most of you will think that for somebody with a heart attack today admitted to a hospital, the chances of that person dying is from the amount of damage to their heart. That would be logical, and that is what I thought.

However, last year, we did a study in our hospital and found that the most common complication in the coronary care unit was not the complications of a heart attack but the complications from the treatments, which is bad bleeding. Therefore, we have now gone to the other side.

Dr Yusuf : Vous avez soulevé des questions d'ordre pratique mais tout aussi importantes. S'agissant d'un programme de santé des populations, certains aspects seront bien acceptés par le public, d'autres le seront moins car personne n'aime changer ses habitudes de tous les jours.

Quand je rencontre des malades qui viennent de faire une crise cardiaque, ils me demandent systématiquement quel type de drain je vais leur poser. Ils ne veulent pas que je leur dise d'arrêter de fumer ou de perdre du poids. Ils viennent d'avoir une crise cardiaque, qui aurait pu leur coûter la vie, et tout ce qui les intéresse, c'est de savoir quel type de drain je vais leur poser. Dans un autre ordre d'idée, je ne suis pas sûr que les gens étaient d'accord pour porter la ceinture de sécurité. Une loi a été adoptée, et ils s'y conforment.

Il faut que le gouvernement fasse preuve de leadership pour convaincre la population de ce qui est bon pour elle. C'est là toute la différence entre une façon de gouverner réactive et une façon de gouverner proactive et visionnaire. Je laisserai au gouvernement le soin de décider laquelle choisir.

Sur un plan plus pratique, je voudrais vous dire que j'ai passé deux heures avec le ministre Smitherman la semaine dernière. Nous nous sommes demandé si tout ce qui se faisait dans notre système hospitalier était vraiment utile, s'il n'y aurait pas du gaspillage. Permettez-moi de vous donner un exemple.

Lorsque je suis arrivé à l'Université McMaster, à Hamilton, en 1992, nous avions deux unités de cathétérisme. Il y avait une liste d'attente en permanence. Quand je mentionne le mot liste d'attente, les gens y voient toujours une connotation négative et pensent que ceux qui figurent sur la liste y sont pour une bonne raison. Pas vrai?

Nous avons donc examiné la liste. Puis nous avons eu une troisième unité de cathétérisme, et enfin une quatrième. Le nombre annuel d'interventions est ainsi passé de 3 000 à 8 500 aujourd'hui. Mais pendant cette période, la proportion de malades ne répondant pas aux critères de pertinence a triplé. À mon avis, nous pouvons réduire nos dépenses en faisant des tests d'assurance de la qualité et des tests de pertinence. C'est une façon de faire des économies.

Il faut aussi rééduquer les gens. Ce n'est pas parce qu'il y a plus de services de santé que les gens sont en meilleure santé. Des études indiquent clairement que, pour certaines procédures très pointues, il arrive un moment où on les utilise avec des patients qui ne répondent pas tout à fait aux critères de pertinence, et c'est là que vous commencez à avoir des complications. On dépense, plus d'argent, certes, mais on nuit en fait aux malades.

La plupart d'entre vous pensez sans doute que, de nos jours, un patient hospitalisé à la suite d'une crise cardiaque risque davantage de mourir de complications cardiaques que d'autre chose. Cela paraît logique, et c'est ce que je croyais.

L'an dernier, cependant, nous avons étudié la situation dans notre hôpital, et nous avons constaté que, dans l'unité des soins coronariens, les complications les plus fréquentes n'étaient pas des complications cardiaques mais des hémorragies causées par les traitements. Nous modifions donc nos pratiques en conséquence.

We are hitting a ceiling, not in all parts but in some parts of medicine, where more investment will not lead to better health. It may actually lead to worse health. That is a paradoxical statement. It is not intuitive to the public; it is not even intuitive to most doctors.

I am not saying that this is the case in every part of our system. What could we do? I told Minister Smitherman that you can have a 1 per cent solution by putting 1 per cent of the Ontario budget to create processes for quality control. Challenge the hospitals to put up 1 per cent of their own budget, and you will add 1 per cent. The hospitals will find savings, but allow them to re-invest them into better means. We do not have national quality assurance programs in the country, appropriateness programs.

When you institute it, at least in some areas, costs will be reduced. Not in all; some we will find we are underutilizing it. However, some of that savings can go in.

As you have seen, every year it is an X per cent increase in budget. For the health care budget, maybe part of that should be toward population health. It is politically and practically difficult to pull back money, but you can start to divert money. You can direct where the increases go. Over a short period of five years, you can get to the 10 per cent solution that I am suggesting here.

What you said about population health having a slow impact may be true in some areas. Actually, population health has a quicker impact than pumping money to create more MRI machines or something else.

All you need to have is one person with a cancer who could not get their MRI and it is on the front page of the newspaper. If you prevent 100,000 deaths in Canada, those 100,000 people are silent. Prevention is silent; the other is vocal. It is not that the impact on health is slow; rather the visible consciousness is slow.

I hope I have got my point across.

Senator Eggleton: Thank you for being here today. Your comments are very valuable to us.

I wanted to pursue this matter of salt. You say that a one-third reduction in salt in most foods would have a very substantial benefit. It sounds simple, so my first thought is why have we not done it?

I suppose there is pushback from some people out there. Who would be the people pushing back, and why would they push back against this type of reduction in salt, which you say comes in the food processing and packaging?

Nous nous rendons bien compte que, dans certains secteurs de la médecine, pas dans tous, ce n'est pas en augmentant les budgets qu'on améliorera la santé des gens. On risque même, parfois, de nuire à leur santé. Cela peut vous paraître paradoxal. Le public n'en est pas conscient, et la plupart des médecins non plus.

Je ne dis pas que c'est le cas dans tous les secteurs de la médecine. Que pouvons-nous faire? J'ai suggéré au ministre Smitherman de consacrer 1 p. 100 du budget de l'Ontario à la mise en place de procédures de contrôle de la qualité, et de proposer aux hôpitaux d'y consacrer de leur côté 1 p. 100 de leur propre budget, en précisant que les deux s'ajouteront. Les hôpitaux sauront où faire des économies, mais il faudra les laisser réinvestir dans des procédures plus efficaces. Nous n'avons pas de programme national d'assurance de la qualité et de la pertinence au Canada.

Une fois mis en place, un programme de ce genre permettra de réduire les coûts dans certains secteurs, mais pas dans tous car il se peut que certains secteurs ne soient pas assez financés. Dans ce cas, on pourra y investir une partie des économies réalisées.

Comme vous le savez, chaque année, le budget augmente d'un certain pourcentage. S'agissant du budget de la santé, une partie de cette augmentation devrait peut-être être investie dans la santé des populations. Politiquement, et même concrètement, il est toujours difficile de supprimer des crédits, mais on peut les transférer. Vous pouvez fort bien décider quel secteur bénéficiera de l'augmentation du budget. Et en cinq ans, vous atteindrez les 10 p. 100 dont je parlais tout à l'heure.

Vous avez dit qu'il fallait attendre plusieurs années avant que le public ne se rende compte de l'impact des mesures prises pour améliorer la santé des populations, et c'est peut-être vrai dans certains domaines. Mais je peux vous dire qu'en prenant des mesures pour améliorer la santé des populations, on a certainement plus d'impact qu'en investissant dans des machines IRM ou autres.

Il suffit qu'une personne, atteinte d'un cancer, ne réussisse pas à avoir un IRM pour que la nouvelle fasse la une des journaux. Par contre, si on réussit à prévenir 100 000 décès au Canada, aucun journal ne parle de ces 100 000 personnes. La prévention est silencieuse, contrairement au traitement de la maladie. Et ce n'est pas parce que les effets de la prévention sont lents, c'est parce que le public n'en a pas vraiment pris conscience.

J'espère que je me fais comprendre.

Le sénateur Eggleton : Je vous remercie de comparaître devant notre comité aujourd'hui. Ce que vous dites est extrêmement intéressant.

J'aimerais revenir sur la consommation de sel. Vous dites qu'une réduction d'un tiers de la quantité de sel ajoutée aux aliments aurait des effets bénéfiques considérables. C'est une solution toute simple; pourquoi ne l'a-t-on pas déjà adoptée?

Je suppose qu'il y a de la résistance de la part de certaines personnes. Qui sont ces personnes, à votre avis, et pourquoi s'opposent-elles à une réduction des quantités de sel ajoutées au moment de la transformation et de l'emballage des aliments?

Dr. Yusuf: First, let me tell you that I am not an expert on salt. Should you care, please invite Norman Campbell from Calgary some time. He is the nation's expert. Let me give you my simple answer.

There are certain processes ingrained in the food manufacturing system. To change that takes capital investment, discovering new methods of packaging and preserving these foods. Salt is a preservative. It is doable; but in the short term, there needs to be an investment.

There will also be a slight change in the taste of food. People are concerned about how one product will stack up against a competitor. However, there is a move, and there are discussions to achieve that one-third goal in 10 years that are ongoing right now between public health experts and the food industry.

What I am suggesting is not farfetched. There is a lot of discussion. I would plead further ignorance; however, I would request that you talk to Norman Campbell or other people in the salt coalition.

Senator Eggleton: Is there any investment by Health Canada or in industry to find alternative solutions?

Dr. Yusuf: I do not really know. I do not want to comment on what I do not know.

Senator Cochrane: While you were speaking, you had me very conscious of eating my cookie. I was about to suggest to the chair that maybe we should have carrots and celery and so on.

Will you be here very long? I would like to be on the waiting list to see you. I have some concerns of my own, and you seem to have such a great knowledge base that I believe you could deal with any problems that anyone would have. I have some health problems as well, and I am sure all of us do.

More specifically, what sorts of strategies would you suggest for the prevention of Alzheimer's disease? We see a lot of that today.

Dr. Yusuf: There are many forms of dementia, and Alzheimer's disease is one specific form. We are trying to learn much more about Alzheimer's disease. Right now, we do not know enough to answer your question meaningfully.

We are beginning to believe that Alzheimer's is often misdiagnosed and people have what we call vascular dementia, which are micro-strokes in the brain. Nobody has lost movement of an arm or leg, but if we do an MRI scanning with one of the more sophisticated techniques, we see tiny white matter infarcts.

In our present research, we take the standard methods of preventing a heart attack or a stroke, for example, by cholesterol lowering and aggressive blood pressure lowering then study whether these micro-infarcts in the brain would be prevented and whether that correlates with decrease in cognitive function.

Dr Yusuf : Permettez-moi de vous dire, pour commencer, que je ne suis pas un expert en la matière. Si la question vous intéresse, vous devriez inviter Norman Campbell, de Calgary, à venir témoigner. C'est lui le grand spécialiste au Canada. Je vais vous donner une réponse très simple

Certains procédés font partie intégrante du système de transformation des aliments. Pour les modifier, il faut investir de l'argent, mettre au point de nouvelles méthodes d'emballage et de conservation des aliments. Le sel est un agent de conservation. C'est donc tout à fait possible, mais cela nécessite des investissements.

Utiliser moins de sel modifie aussi un peu le goût des aliments, et les fabricants ont peur que leur produit ne soit délaissé par les consommateurs au profit de celui du concurrent. Mais l'idée fait son chemin, et en ce moment, les spécialistes en santé publique et les fabricants de produits alimentaires discutent de la possibilité de réaliser cette réduction d'un tiers en 10 ans.

Ce que je propose n'est pas utopique. On en discute beaucoup. Mais encore une fois, je ne suis pas expert en la matière, et je vous conseille d'en parler avec Norman Campbell et d'autres personnes de la coalition sur le sel.

Le sénateur Eggleton : Fait-on des recherches, à Santé Canada ou dans l'industrie, pour trouver des solutions de rechange?

Dr Yusuf : Je ne sais pas, et je ne voudrais pas parler de ce que je ne sais pas.

Le sénateur Cochrane : En vous écoutant, je me sentais mal à l'aise de manger un gâteau. Je devrais suggérer au président qu'on nous serve des carottes et du céleri plutôt que des gâteaux.

Allez-vous rester encore quelque temps? J'aimerais bien figurer sur votre liste d'attente car j'ai quelques petits problèmes, et vous semblez savoir tellement de choses que j'ai l'impression que vous pourriez soigner n'importe qui. J'ai aussi quelques petits soucis de santé, comme tout le monde sans doute.

Je vais être plus précis. Quelles sortes de stratégies recommanderiez-vous pour prévenir la maladie d'Alzheimer, si courante aujourd'hui?

Dr Yusuf : Il existe de nombreuses formes de la démence, et la maladie d'Alzheimer en est une. Nous essayons d'en savoir davantage au sujet de cette maladie, mais pour l'instant, l'état de nos connaissances ne me permet pas de vous donner une réponse satisfaisante.

Nous commençons à penser que cette maladie est souvent mal diagnostiquée et qu'en fait, les gens ont ce qu'on appelle une démence vasculaire, qui est provoquée par des mini-accidents cardiovasculaires au cerveau. Le malade ne perd pas l'usage d'une jambe ou d'un bras, mais si on fait un IRM avec un équipement très pointu, on voit d'infimes infarctus de matière blanche.

Actuellement, pour nos recherches, nous utilisons les méthodes ordinaires de prévention d'une crise cardiaque ou d'un accident cardiovasculaire, en réduisant par exemple le taux de cholestérol et en faisant sérieusement chuter la tension artérielle. Puis nous essayons de voir si cela prévient la formation de micro-infarctus au cerveau et s'il y a diminution des fonctions cognitives.

I have not answered your Alzheimer's question because we do not know enough about it to implement a strategy. However, as individuals, we are interested in cognitive decline in dementia, and there are enough hints that controlling the risk factors for hardening of the arteries — what is called atherosclerosis — will make a difference, but it is not proof beyond reasonable doubt yet. Give me three to five years, and I may have an answer then.

Senator Cochrane: I see. Well, even that is helpful.

You spoke about restructuring our health system, and the doctors would be sort of on the outside looking in. Midwives delivering babies comes to mind. If we could give licences or something to people who have the interest and the skills to do something like that, that probably would be another cost-saving measure and well worth it. Would you not agree?

Dr. Yusuf: I would agree. I am not an obstetrician, so I am a little outside my realm, but I would agree.

The U.K. has a strong midwifery program and midwives. My oldest child was born in the U.K., and we had an excellent midwife in attendance. However, there was excellent backup should there be a problem. Unfortunately, we did have a problem, but it worked out because the health care system is all there as well. That is a good example of where we should not think of any population health strategy as being a replacement for a disease-related strategy. Both should go hand in hand.

That is why I like the idea of a 1 per cent solution that gradually grows to, say, a 10 per cent solution. However, midwives have to play an important role.

Moreover, the so-called shortage of doctors in Canada will not be solved by more doctors for several reasons. First, doctors are not interested in doing a number of things that keep people healthy. Second, our system of reimbursement does not attract people to do that, so we need a whole new cadre of people. Finally, for economic reasons, we will always have a gradient, and it would be from a less-wealthy province to a wealthier province, from the rural to the urban, from Canada to the U.S. We will always have that gradient, unless we put people in shackles. It will not happen. Therefore, to stabilize our system, it may be better to have non-doctor extended health care people in obstetrics, pediatrics, prevention, population health and so forth; we see them as having a complementary role to the existing system.

Senator Fairbairn: In listening to the very positive things that you have said, it occurred to me that in spite of all of the problems that come with the various issues that you have spoken about, there is also, in Canada, an effort through communication — not

Je n'ai pas répondu à votre question sur la maladie d'Alzheimer parce nous n'en savons pas suffisamment à son sujet pour mettre en place une stratégie. Mais nous nous intéressons au déclin cognitif qui accompagne la démence, et suffisamment de données nous permettent de penser qu'en contrôlant les facteurs qui contribuent au durcissement des artères — ce qu'on appelle l'athérosclérose — nous arriverons à obtenir des résultats tangibles, mais ce n'est pas garanti. Dans trois ou cinq ans, j'aurai sans doute une réponse plus précise.

Le sénateur Cochrane : Je vois. Votre réponse est quand même utile.

Vous avez dit qu'il fallait réformer notre système de santé, et que les médecins devraient en quelque sorte rester à la périphérie de la nouvelle structure. On pense immédiatement aux sages-femmes qui feraient les accouchements. Ne pensez-vous pas qu'on pourrait réduire encore les coûts en donnant des licences ou des permis à ceux et celles qui ont le désir et la capacité de faire ce genre de choses?

Dr Yusuf : Je suis d'accord avec vous. Je ne suis pas obstétricien, par conséquent votre exemple est en dehors de mon champ d'expertise, mais je suis d'accord avec vous.

La Grande-Bretagne a mis en place un programme d'obstétrique pour sages-femmes qui fonctionne très bien. Pour la naissance de mon aîné, en Grande-Bretagne, nous avons eu recours aux services d'une excellente sage-femme, même si le système de santé était disponible, en cas de problème. Malheureusement, c'est ce qui s'est produit pour nous et nous en avons eu besoin, mais tout s'est finalement bien passé parce que le système de santé était accessible, en parallèle. Cet exemple montre bien qu'il ne faut pas penser qu'une stratégie de santé des populations va remplacer une stratégie de gestion de la maladie : les deux doivent fonctionner en parallèle.

C'est la raison pour laquelle j'aime bien la solution du 1 p. 100 qui augmente progressivement jusqu'à 10 p. 100. Mais les sages-femmes doivent jouer un rôle important.

De plus, on ne résorbera pas la soi-disant pénurie de médecins au Canada par une augmentation du nombre de médecins, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, ce qu'il faut faire pour rester bien portant n'intéresse pas beaucoup les médecins. Deuxièmement, notre système de rémunération n'attire pas les gens vers la médecine; il nous faut donc trouver d'autres professionnels. Enfin, pour des raisons économiques, il y aura toujours une migration des médecins d'une province pauvre vers une province riche, d'une zone rurale vers une zone urbaine, du Canada vers les États-Unis. Les gens continueront de se déplacer, sauf si vous leur mettez des boulets aux pieds, ce qui n'est pas près d'arriver. Par conséquent, pour stabiliser notre système, il faudrait peut-être mieux qu'en obstétrique, en pédiatrie, en prévention, en santé des populations, et cetera, les soins prolongés soient assurés par des non-médecins. Et cette nouvelle structure serait un complément au système actuel.

Le sénateur Fairbairn : En écoutant les suggestions très positives que vous avez faites, je me suis dit qu'en dépit de tous les problèmes qui se rapportent aux différentes questions que vous avez abordées, nous faisons quand même un effort de

necessarily with the medical profession but in other areas — to have an effect on our younger people as they are growing up. They watch television, watch the good and the bad and hear important things that apply to them.

I mention this because there was quite a shock that went through my city. I am from Lethbridge, Alberta. A couple of years ago, a group of young students caused quite a stir in the community. They had a cafeteria in their public school that had food items that would not be on your list of perhaps the greatest items to have. This group of young activists on one occasion marched into the principal's office with other teachers and told them that they were, from that moment on, boycotting the cafeteria because they did not want all these foods that they found in the cafeteria that were salted, et cetera. They were very clever and aggressive.

It caused quite a buzz in the community because this was coming maybe from what they heard at home and maybe from television. However, at the same time, they were talking about it because they wanted to be athletes. They wanted to be engaged in everything available to them, and all of a sudden they were hearing that most of the food that they were used to eating would take them in a different direction.

How important is it, then, in your world, that there is a methodology of communication of this type of information and the consequences of doing or not doing the right thing? How much is being done in Canada in that respect? There are all sorts of other types of communication, but this is a different level. This is young people learning right smack in the middle where they are crossing the line, that there is a better way of doing it. How aggressively are we doing this in Canada? To what degree would you offer us a way to do it better?

Dr. Yusuf: First, I am delighted to hear what happened in Lethbridge. I hope that can be replicated across the country. That would be terrific. I would imagine that the starting point was that these young people educated themselves on what was important. It sunk into their consciousness, and then they were empowered.

We could do much more in our schools if we did four things. First, health education should become a much more integral part of the school curriculum. Second, we should remove the pop machines and so on from the schools. It is already beginning to happen. Many people see that as a conspiracy because these companies fund the school boards, et cetera, but let us not go there. Let us just say that all those arrangements were made at a time when people did not know it was not good. Now we have to roll it back. Third, more activity breaks are needed; and fourth, obviously, change the choice of foods in the cafeterias.

communication, au Canada — pas nécessairement avec la profession médicale mais avec d'autres — pour avoir une influence sur les jeunes dès leur plus jeune âge. Ils regardent la télévision, les bonnes comme les mauvaises émissions, et ils écoutent les messages qui les concernent.

Je dis cela parce que je pense à l'incident qui a secoué ma ville il y a quelque temps. Je viens de Lethbridge, en Alberta. Il y a deux ou trois ans, un groupe d'élèves, accompagnés de quelques professeurs, ont décidé d'aller rencontrer le principal de l'école, dans son bureau, pour l'informer qu'ils boycotteraient la cafétéria tant qu'on y servirait certains aliments qui, je le reconnais, ne figureraient sans doute pas sur votre liste d'aliments sains. Ils ont été très astucieux et se sont montrés très militants.

Cela a causé toute une commotion dans la collectivité car leur intervention avait sans doute été inspirée par ce qu'ils avaient vu ou entendu à la maison ou à la télévision. Mais en même temps, ils agissaient ainsi parce qu'ils voulaient devenir des athlètes, ils voulaient être capables de profiter de toutes les occasions qui s'offriraient à eux, et tout d'un coup ils ont entendu dire que la plupart des aliments qu'ils avaient l'habitude de consommer les conduiraient dans une autre direction.

Est-il important, à votre avis, d'avoir une méthodologie pour communiquer ce genre d'informations? Si nous ne le faisons pas correctement, que se passera-t-il? Cela se fait-il au Canada? On fait de la communication dans toutes sortes de secteurs, mais celui-ci est différent. Nous avons ici un groupe de jeunes qui savent parfaitement bien jusqu'où ils peuvent aller, et qui savent qu'il existe une meilleure façon de faire les choses. Faisons-nous vraiment beaucoup d'efforts dans ce domaine au Canada? Pourrions-nous faire mieux?

Dr Yusuf : Premièrement, je suis ravi d'apprendre ce qui s'est passé à Lethbridge, et j'espère que cet incident se reproduira dans d'autres villes au Canada. Ce serait fantastique. J'imagine qu'au départ, ces jeunes se sont renseignés sur les questions qui leur semblaient importantes, et que, une fois sensibilisés au problème, ils ont décidé d'agir.

Nous pourrions faire bien davantage dans nos écoles, mais il y a quatre conditions préalables. Premièrement, il faudrait que l'éducation sanitaire fasse partie intégrante des programmes scolaires. Deuxièmement, il faudrait retirer des écoles toutes les distributrices de boissons gazeuses, ce que certaines écoles font déjà. D'aucuns y voient une conspiration et disent que ces machines sont là parce que les fabricants financent les commissions scolaires, mais ne nous engageons pas dans ce débat. Disons simplement que ces machines ont été installées à une époque où les gens ignoraient que ce n'était pas bon pour la santé. Maintenant il faut faire marche arrière. Troisièmement, il faut prévoir davantage de périodes d'activité physique. Quatrièmement, il faut bien sûr changer les menus offerts dans les cafétérias.

In Britain, there is a national program. Many years ago, 40 or 50 years back, they used to offer a glass of milk to all the children when under-nutrition was the concern. Today, they have stopped the milk and changed to free apples. They give free apples to all the children, and the children walk around munching apples. These are the types of little things that can be done. Remove the chips and the greasy food. It is the small changes across our society that add up to big changes. The analogy I use is that to climb to the top of this building — I do not know how many floors there are — it is one step at a time. It is all those little things that add up.

The Chair: My old friend, you are making me very uncomfortable because the director of my operations — I always forget her appropriate title — the woman who runs everything in my office, walks the nine flights up to my office every day, and I cannot even walk down with her, let alone up.

Dr. Yusuf: Get her to train you.

Senator Fairbairn: Thank you very much for those comments. In this case, it was not that some great opportunity had been carefully thought out as a way to see what would happen. That was not the way it happened. The young people listened and watched beyond, perhaps, what the adults thought they would, and it came as a bit of a shock.

Dr. Yusuf: That is a nice story that needs to be replicated across the country. Stories are just as powerful as data.

Senator Callbeck: Dr. Yusuf, you said that much of what has been described is likely to apply to the prevention of other conditions, such as arthritis and breast cancer. To what are you referring?

Dr. Yusuf: Let us take one cancer that we can relate to easily. Smoking causes about 20 cancers, the most common of which is lung cancer. If you can reduce smoking, you will reduce heart disease, strokes, lung cancer and the 19 other cancers it causes. Fats in foods are related not only to heart disease and obesity but also to breast cancer and colon cancer. The evidence on that is moderate but reasonably powerful.

The breast cancer rates are going down in some countries. Arthritis is fairly obvious. Obese people have more weight on their joints and osteoarthritis is related to people's weight. You could start to see that what you do to improve healthy lifestyles does not affect only heart disease because it could also affect cancers, diabetes and the most common forms of arthritis.

Curiously, I found a paper last week that indicated that some genes that increase the risk of heart disease also increase the risk of diabetes. The surprise was that those genes also increase the

En Grande-Bretagne, ils ont mis en place un programme national. Il y a 40 ou 50 ans, ils offraient un verre de lait à tous les enfants souffrant de malnutrition. De nos jours, ils ne donnent plus de lait mais offrent une pomme à tous les enfants. Les enfants se baladent en croquant leur pomme. Voilà le genre de petites choses que l'on peut faire. Il faut supprimer les croustilles et les aliments pleins de gras. C'est avec des petites choses qu'on arrive à opérer de grands changements dans la société. Je vais vous donner un exemple bien simple : combien y a-t-il d'étages dans cet édifice? Eh bien, c'est en grimpant chaque marche d'escalier qu'on arrive au sommet de l'édifice. Chaque petite chose s'ajoute.

Le président : Cher ami, vous me mettez mal à l'aise, car la directrice de mon bureau, je ne me souviens jamais de son titre exact, enfin la personne qui dirige mon bureau, eh bien elle monte chaque jour les neuf étages qui conduisent à mon bureau, et moi, je ne suis même pas capable de les descendre avec elle, alors imaginez si je devais les monter!

Dr Yusuf : Demandez-lui de vous entraîner!

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup de vos réponses. Dans cette histoire, les jeunes ne cherchaient pas à faire une action spectaculaire pour voir ce qui arriverait, je ne le pense pas. Je crois plutôt qu'ils ont été attentifs aux messages qu'ils avaient reçus, et qu'ils ont décidé d'aller plus loin que les adultes ne pensaient qu'ils iraient, et c'est ça qui a vraiment étonné tout le monde.

Dr Yusuf : C'est une belle histoire qui, j'espère, se répètera dans d'autres villes du pays. Les histoires ont autant d'impact que les chiffres.

Le sénateur Callbeck : Docteur Yusuf, vous avez dit que les mesures que vous préconisez s'appliquent également à la prévention d'autres maladies, comme l'arthrite et le cancer du sein. À quoi pensez-vous, plus précisément?

Dr Yusuf : Prenons l'exemple d'un cancer qui nous est familier. Le tabac cause une vingtaine de cancers, le plus courant étant le cancer du poumon. Si on réduit le tabagisme, on réduit la fréquence des maladies cardiaques, des accidents cardiovasculaires, du cancer du poumon et de 19 autres cancers. Le gras des aliments est lié non seulement aux maladies cardiaques et à l'obésité mais aussi au cancer du sein et au cancer du colon. Nous disposons d'un nombre limité de données là-dessus, mais elles sont raisonnablement convaincantes.

Le taux de cancers du sein est en diminution dans certains pays. S'agissant de l'arthrite, la question est simple : chez les gens obèses, les articulations doivent supporter des surcharges pondérales, et l'arthrose est liée à l'excès de poids. Et on commence à se rendre compte qu'en adoptant des habitudes plus saines, non seulement on améliore sa condition cardiaque mais on augmente aussi ses chances de ne pas avoir certains cancers, le diabète et certaines formes d'arthrite parmi les plus courantes.

Je lisais justement un article la semaine dernière où on disait que certains gènes qui augmentent les risques de maladies cardiaques augmentent aussi les risques de diabète. Ce qui était

risk of some cancers. At the population level, I told you that some determinants are the same, but if we start to find it at the genetic level, that brings more coherence to the story.

The Chair: We are a few minutes over time, but this is a rare opportunity to have such a witness before the committee. I will ask one more question, if I may.

One of the instruments that will have to be used to promote the concept that you advocate and that we believe in is population health assessments. You are an expert on data and likely the world expert on epidemiological data. You have done more sophisticated studies than anyone else in the world.

We have heard evidence from people who are involved in this work. Can you see, in the short term, the technological capability for ongoing population health assessments in Canada? I know you are aware of the Quebec initiative, but can you see it on a national basis?

Dr. Yusuf: Yes, I believe I can see that on a national basis. Some countries, such as China and India, do repeat samplings of random cross-sections of the population every year, although you do not have to do it every year. Let us imagine that we had simple assessments of 2 per cent of the Canadian population every three years. That will start to give you the trends that are needed with real numbers. We are not talking about 50 per cent or 100 per cent. Such assessments can be regionally sensitive, ethnically sensitive, include the underprivileged, socially disadvantaged people or Aboriginal peoples. With today's technology, it can work out quite well.

Repeat cross-sectional sampling would be a barometer that the nation could use to align its health care needs.

The Chair: Do you think that we can apply technology to monitor regional disparities?

Dr. Yusuf: The same process could happen. Understanding regional disparities will require drilling down and taking two or three of the extremes. As we know, Newfoundland has had the highest rates of obesity, and people in B.C. have the lowest rates. You can study contrasts. Knowing there is a difference in obesity is not good enough because you need to know whether their diets, activity levels, attitudes, et cetera are different. These surveys might have to include more than just weight or blood pressure. You will want a sampling of dietary habits and other factors.

The food industry and grocery stores have excellent statistics on what they sell and where they sell it. If they are willing to share the information in an anonymous fashion, we can find out what people in Halifax are eating from looking at what the stores are selling. There are ways that you can obtain indirect estimates on

surprenant, c'était de lire que ces gènes augmentent aussi les risques de cancer. S'agissant de populations, je vous ai dit tout à l'heure que les déterminants sont les mêmes, mais quand on commence à les trouver au niveau des gènes, tout cela devient plus cohérent.

Le président : Nous avons légèrement dépassé l'heure, mais il est rare que nous ayons un témoin de ce calibre devant notre comité. Si vous le permettez, j'aimerais poser une dernière question.

Pour promouvoir le concept que vous préconisez et auquel nous souscrivons, il faudra procéder à des évaluations de la santé des populations. Vous êtes reconnu de par le monde comme un expert en données épidémiologiques. Vous avez fait toutes sortes d'études très pointues, beaucoup plus que quiconque.

Nous avons entendu des témoins qui travaillent dans ce domaine. Pensez-vous qu'à court terme, nous aurons la capacité technologique de faire ce genre d'évaluations au Canada? Vous êtes au courant de l'initiative prise par le Québec, mais pensez-vous qu'on pourra en faire autant au niveau national?

Dr Yusuf : Oui, je pense que c'est possible. Certains pays, comme la Chine et l'Inde, font des échantillonnages aléatoires répétés de la population chaque année, mais il n'est pas nécessaire de le faire aussi souvent. Supposons que nous fassions une simple évaluation de 2 p. 100 de la population canadienne tous les trois ans. Cela nous donnera déjà une bonne idée des tendances, avec des chiffres. On ne parle pas ici de 50 p. 100 ou de 100 p. 100. De telles évaluations peuvent viser plus particulièrement certaines régions, certains groupes ethniques, inclure les personnes défavorisées, les groupes marginaux et les Autochtones. Avec la technologie dont on dispose actuellement, c'est tout à fait possible.

Des échantillonnages répétés permettraient au Canada de mieux connaître ses besoins en matière de soins de santé.

Le président : Pensez-vous que la technologie puisse nous aider à atténuer les disparités régionales?

Dr Yusuf : On pourrait procéder de la même façon. Pour mesurer les disparités régionales, il faudrait faire des sondages en profondeur et prendre deux ou trois cas de chaque extrême. Nous savons que c'est à Terre-Neuve qu'on trouve les taux d'obésité les plus élevés, et en Colombie-Britannique qu'on trouve les taux les plus faibles. On peut étudier ces contrastes. Il ne suffit pas de savoir que les taux sont différents, il faut essayer de comprendre pourquoi, et voir si c'est le régime alimentaire, le niveau d'activité, les habitudes de vie, et cetera, qui sont différents. Pour faire ces évaluations, vous aurez peut-être besoin d'étudier les habitudes alimentaires et d'autres facteurs, en plus de mesurer le poids et la pression artérielle.

Le secteur agroalimentaire et les magasins d'alimentation ont d'excellentes statistiques sur ce qu'ils vendent et où ils le vendent. S'ils étaient disposés à nous communiquer leurs données de façon anonyme, nous pourrions connaître les habitudes alimentaires de habitants de Halifax à partir de ce que les commerces vendent. Il y

national and regional consumption. I am sure that if the government were to do it in such a way that no trade secrets were given out, people would cooperate.

The Chair: Again, thank you for giving us your time.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Wednesday, April 9, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: We have a number of witnesses this afternoon. We do not want to waste any time because we have to vacate the room at six o'clock.

We are delighted to have Dr. Sonia Anand here. She is a wonderful scientist and has done excellent publications out of McMaster University.

Dr. Anand works closely with Dr. Salim Yusuf and is a real authority on women's health. She is the Eli Lilly Canada/May Cohen Chair in Women's Health research and has been awarded the CIHR, Canadian Institutes of Health Research, Clinician Scientist Phase 2 Award, among others.

Dr. Sonia Anand, Associate Professor, Department of Medicine, McMaster University: Thank you for inviting me here today.

For the past 10 years, I have been involved first, as a clinician seeing patients with heart disease, obesity and diabetes and, then as a researcher trying to understand why certain people get those conditions within Canada. Also, I have been closely involved in trying to understand why different ethnic groups in Canada — people who originate from India, China, as well as Aboriginal peoples — seem to have a higher rate of heart disease and Type 2 diabetes.

I begin with my first slide showing a quote from Sir Geoffrey Rose, the father of cardiovascular disease prevention. He said:

A radical approach aims to remove the underlying impediments to healthier behaviour . . . the first or medical approach is important, but only the social and political approach confronts the root causes.

a des moyens d'obtenir des estimations indirectes de la consommation au niveau national et au niveau régional. Je suis sûr que, si le gouvernement leur garantissait la confidentialité des informations données, les fabricants seraient prêts à collaborer.

Le président : Encore une fois, je vous remercie d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 9 avril 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 16 h 15 pour examiner, afin d'en faire rapport, l'impact des facteurs et conditions multiples qui contribuent à la santé de la population canadienne désigné collectivement par les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : La séance est ouverte. Nous attendons plusieurs témoins cet après-midi. Nous ne voulons pas gaspiller de temps, car nous devons libérer la salle à 18 heures.

Nous sommes ravis de recevoir la Dre Sonia Anand. Elle est une merveilleuse scientifique de l'Université McMaster et l'auteure d'excellentes publications.

La Dre Anand travaille en collaboration étroite avec le Dr Salim Yusuf et est une réelle autorité dans le domaine de la santé des femmes. Elle est titulaire de la Chaire Eli Lilly Canada/May Cohen de recherche en santé des femmes et récipiendaire de la bourse de clinicien-chercheur de phase 2 des IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, entre autres.

Dre Sonia Anand, professeure associée, Département de médecine, Université McMaster : Merci de m'avoir invitée aujourd'hui.

Au cours des 10 dernières années, j'ai exercé comme clinicienne traitant des patients atteints de maladie cardiaque, d'obésité et de diabète puis, comme chercheuse cherchant à comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes sont touchées par ces affections au Canada. En outre, je me suis efforcée de comprendre pourquoi différents groupes ethniques du Canada — les personnes originaires de l'Inde, de la Chine, ainsi que les Autochtones — semblent connaître un taux supérieur de maladies cardiaques et de diabète de type 2.

Je commencerai avec ma première diapositive montrant une citation de sir Geoffrey Rose, le père de la prévention cardiovasculaire. Voici ce qu'il dit :

Une démarche radicale consisterait à supprimer tous les obstacles à un comportement sain... la première démarche, la démarche médicale, est importante, mais seule la démarche sociale et politique s'attaque aux causes profondes du problème.

As a scientist, at first, this came to me as a surprise. I always assumed that the biology would explain the disease and, once we treated biology, the disease would go away. However, more and more as I work in the field, I understand that, while individual lifestyle changes are important, it is really the broader social determinants and social environment in which people live that have impacts on who will develop risk factors for heart disease, such as obesity and diabetes, and who will ultimately develop heart disease.

My colleague, Dr. Yusuf, must have spent time last week going over the global burden of heart disease. I show slide 2 to make the point that cardiovascular disease, which means heart attack and stroke, is still the leading cause of death in Canada and around the world. By the year 2020, we expect a global epidemic of heart disease and stroke, primarily due to the large increase in this condition within developing countries. These countries typically did not develop chronic diseases because people would not live that long. However, now, as life expectancy is increasing around the world, cardiovascular disease will continue to be a problem.

Within Canada, it will also remain a problem because the Canadian population, on one hand, is good — we are all living longer — but older people will tend to develop cardiovascular disease. The other threat to why our cardiovascular disease rates will not go down is that obesity rates are increasing in Canada. Obesity is a major cause of type 2 diabetes or adult-onset diabetes and that is a major risk factor for heart disease.

If you look on page 3 where I show what has happened in terms of the reduction in heart disease in Canada since the 1950s until the present, you can see we expect the curves for men and women to plateau, not to continue to decrease. We would like to see them continue to decrease. They will plateau, if not rise, because of the aging population and also because of the epidemic of obesity and diabetes that we will face and are facing now.

In slide 4, I show briefly the prevalence of risk factor — the burden of a particular risk factor in a population. You will see “physical activity” and “overweight” are present in almost half of the Canadian population. Again, this points to the fact that, although we have made great gains in reducing things such as tobacco exposure and smoking, we still currently face the problems of overweight, obesity and physical inactivity.

Comme scientifique, cela m’a surpris à première vue. J’avais toujours pensé que la biologie expliquerait la maladie et qu’une fois que l’on traiterait la cause biologique, la maladie disparaîtrait. Cependant, plus je travaille dans ce domaine et plus je me rends compte que si les modifications du mode de vie individuel sont importantes, ce sont réellement les déterminants sociaux plus larges et l’environnement social dans lequel vivent les gens qui déterminent qui acquerra les facteurs de risque de maladie cardiaque, tels que l’obésité et le diabète, et qui finira par être atteint de la maladie.

Mon collègue, le Dr Yusuf, a passé pas mal de temps la semaine dernière à expliquer le fardeau mondial que représentent les maladies cardiaques. Dans la diapositive 2 j’indique que les maladies cardiovasculaires, c’est-à-dire les crises cardiaques et attaques cérébrales restent la principale cause de décès au Canada et dans le monde. D’ici 2020, nous nous attendons à une épidémie planétaire de maladies cardiaques et d’accidents cérébrovasculaires, principalement en raison d’une forte augmentation de leur fréquence dans les pays en développement. Ces populations ne développaient typiquement pas de maladies chroniques parce qu’elles ne vivaient pas assez longtemps. Cependant, maintenant que l’espérance de vie augmente partout dans le monde, les maladies cardiovasculaires continueront d’être un problème.

Elles resteront également un problème au Canada parce que la population canadienne vieillit — d’une part, c’est bien, car nous vivons tous plus longtemps — et parce que les personnes âgées tendent à développer des maladies cardiovasculaires. L’autre raison faisant que nos taux de maladies cardiovasculaires ne vont pas baisser est le fait que les taux d’obésité au Canada augmentent. L’obésité est une cause majeure du diabète de Type 2, ou diabète de la maturité, lui-même un important facteur de risque de maladie cardiaque.

Si vous regardez à la page 3 où je montre la courbe de réduction des maladies cardiaques au Canada depuis les années 1950 jusqu’à aujourd’hui, vous pouvez voir que nous nous attendons à ce que la courbe, tant pour les hommes que les femmes, atteigne un plateau et ne continue pas de décroître. Nous aimerions continuer à voir une décroissance. Mais le nombre des décès va atteindre un plateau, voire grimper, à cause du vieillissement de la population et aussi à cause de l’épidémie d’obésité et de diabète que nous connaissons et connaissons déjà.

Dans la diapositive 4, je montre brièvement la prévalence des facteurs de risque — le fardeau d’un facteur de risque particulier dans une population. Vous y verrez que « l’inactivité physique » et « la surcharge pondérale » sont présentes chez presque la moitié de la population canadienne adulte. Cela met en lumière le fait que, si nous avons réalisé de grands progrès sur le plan de la réduction du tabagisme et de l’exposition au tabac, nous sommes actuellement aux prises avec les problèmes du surpoids, de l’obésité et de la sédentarité.

The fourth line shows the percentage of people who consume less than the recommended number of fruits and vegetables per day, affecting two-thirds of the population. The recommended number of servings per day is five fruits or vegetables, which is not easy to attain even for those who try actively.

These are important risk factors, not only for cardiovascular disease, which is my discipline, but also for cancer. Cardiovascular disease and cancer are the leading chronic diseases within Canada and, by the year 2020, it is likely that cancer will overtake cardiovascular disease as the leading cause of death.

The more we understand the common risk factors for both cardiovascular disease and cancer, the better we will be able to try to prevent this epidemic.

On page 4, you will see in the graphic a breakdown of the prevalence or the burden of heart disease and stroke by ethnic group. About 10 years ago, we were funded by the Canadian Institutes of Health Research to conduct a random population-based study in which we recruited people of south Asian origin from India, of Chinese origin, European Canadians and then I worked with the Six Nations people on their reserve near Hamilton and conducted the identical study there. We observed that there are large differences in the burden of risk factors as well as heart disease and stroke between ethnic communities. Clearly, people originating from India will be the leading non-white immigrant group within Canada, as well as Aboriginal people who have between two and four times the burden of heart disease compared to the other groups.

While we can take comfort in the fact that the rates of heart disease have dropped in some groups, they are high and climbing in others. Any population-based strategy that we come forth with must include some of the culturally sensitive population-based approaches because we aim to be inclusive in terms of our prevention strategies. On page 5, you will see that one of the biggest differences we have observed between the ethnic groups was the prevalence of obesity. We are learning that it is not so much what one's body weight is as opposed to where the body fat may be distributed. I call it the Canadian tire, the ring of fat around the middle. Anybody who has a Canadian tire should see that as a sign that they are at risk of developing diabetes and heart disease. While people of Chinese or south Asian origin might look small to you by body size, if they have abdominal obesity, which they do have in a high percentage, they are at risk of heart disease. Our south Asian population and our Aboriginal people have between 25 per cent and 50 per cent of people with abdominal obesity. One of our major targets here must be to try to prevent that over the next 10 to 20 years.

In my work with the Aboriginal community, I went in as a scientist trying to understand whether it is diabetes or smoking in terms of the main causes. When I put all the factors together in my statistical models, the single most important factor that emerged in terms of the predictor of who would develop heart

La quatrième ligne montre le pourcentage des personnes consommant moins que la quantité recommandée de fruits et de légumes par jour, soit les deux tiers de la population. Le chiffre recommandé est de cinq portions de fruits ou de légumes par jour, ce qui n'est pas facile à atteindre même pour ceux qui le recherchent activement.

Ce sont là d'importants facteurs de risque, non seulement de maladies cardiovasculaires, ma discipline, mais aussi de cancer. Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont les principales maladies chroniques au Canada et, d'ici 2020, il est probable que le cancer passera devant les maladies cardiovasculaires comme première cause de décès.

Mieux nous comprendrons les facteurs de risque communs tant aux maladies cardiovasculaires qu'au cancer et mieux nous serons en mesure de prévenir cette épidémie.

À la page 4, vous verrez dans le graphique une ventilation de la prévalence ou du fardeau des maladies cardiovasculaires par groupes ethniques. Il y a 10 ans environ, nous avons reçu des crédits des Instituts de recherche en santé du Canada afin de conduire une étude sur des échantillons aléatoires de population pour laquelle nous avons recruté des personnes d'origine sud-asiatique venant d'Inde, d'origine chinoise, des Canadiens européens, puis j'ai travaillé avec des membres des Six Nations dans leur réserve près de Hamilton et ai mené une étude identique là-bas. Nous avons observé d'importantes différences dans la prévalence des facteurs de risque, ainsi que dans la fréquence des maladies cardiovasculaires, entre groupes ethniques. À l'évidence, les personnes originaires d'Inde sont le groupe d'immigrants non blancs les plus touchés au Canada, avec les Autochtones qui connaissent un taux de maladies cardiovasculaires entre deux et quatre fois plus grand que les autres groupes.

Si l'on peut être rassuré par le fait que les taux de maladies cardiaques ont baissé dans certains groupes, ils sont élevés et en hausse dans d'autres. Toute stratégie axée sur la population devra comprendre des démarches culturellement sensibles, car nous voulons que nos stratégies de prévention soient inclusives. À la page 5, vous verrez que la prévalence de l'obésité est l'une des plus grandes différences que nous avons observées entre les groupes ethniques. Nous apprenons que ce n'est pas le poids absolu qui compte le plus, mais plutôt la localisation de l'adiposité. J'appelle cela le « pneu canadien », la couronne de graisse autour de l'abdomen. Quiconque porte un « pneu canadien » devrait y voir un signe de risque de diabète et de maladie cardiaque. Alors que les personnes d'origine chinoise ou sud-asiatique peuvent vous sembler de petite taille, s'ils présentent une obésité abdominale, ce qui est fréquent dans ce groupe, elles sont exposées au risque de maladie cardiaque. Notre population sud-asiatique et autochtone compte entre 25 et 50 p. 100 de personnes présentant une obésité abdominale. L'un de nos principaux objectifs ici doit être d'essayer de prévenir cela au cours des 10 à 20 prochaines années.

Dans mon travail avec la collectivité autochtone, j'ai cherché à comprendre, d'un point de vue scientifique, si le diabète ou le tabagisme représentent l'une des causes principales. Lorsque j'ai combiné tous les facteurs dans mes modèles statistiques, le plus important prédicteur de maladie cardiaque à émerger est un faible

disease was having a low household income. Those people on the reserve who received less than \$20,000 annual income had the highest potential to develop heart disease. Although you might say that poor people tend to have more risk factors, even after taking into account the disproportional number of risk factors they have, people who lived in poverty still had higher rates of disease. Although we may target individual risk factors, unless we address the broader context of certain groups and the communities in which they live, we will not make much progress in terms of prevention of disease. For people in communities such as the Six Nations and other Aboriginal communities, as long as they continue to live in poverty, the rates of chronic diseases will remain high.

Often people ask whether diet can explain differences in groups. We found that the group with the best diet were of Chinese origin. They tend to eat fruits and lightly cooked vegetables — not stewed but steamed vegetables in frequency. They ate fats, but unsaturated fats, and they tended to eat more protein than carbohydrates, whereas south Asians tended to eat more carbohydrates and not as much protein. Aboriginal people had a very high intake of saturated and trans fats, such as lard, desserts, sweets, pizza and other fast foods.

While that information leads some to say that Aboriginal people should eat better or we should educate south Asian people, this business of what people eat has to move beyond blaming the individual or expecting an individual to make changes. I went on to the Six Nations reserve again with a CIHR-funded study and randomized different households to have a health counsellor of Aboriginal origin visit them once a week and tell them what they should eat and how they should exercise, compared to simply giving them *Canada's Food Guide* thinking it would make a difference. At the end of the study, there was no impact despite raising the level of knowledge about what people should eat.

I could tell a family to start eating more fruits and vegetables, but they would tell me: "I have to drive off reserve to get them; they are the most expensive things to buy; they go bad quickly; and I am better off buying lots and lots of Kraft Dinner because I can afford it and it is easy to store." It is the same thing for physical activity on the reserve: "There is no sidewalk and there are threats of wild dogs and crime." People cannot exercise and they cannot eat properly if their community or environment constrains them.

As we move forward to try to develop a population strategy to prevent obesity, we have to move beyond telling individuals how they should behave. We have to design communities in such a way that it makes it easy for people to walk and to go to the grocery store without driving to buy healthy foods at a low price. Currently, it is the other way — you can buy fast food and feel full for \$3 to \$4 and that is what people do as the default.

revenu familial. Les habitants des réserves disposant d'un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ connaissent la plus forte probabilité de maladie cardiaque. Alors que l'on peut penser que les pauvres tendent à présenter davantage de facteurs de risque, même en tenant compte du nombre disproportionné des facteurs de risque présents chez ces personnes, les pauvres connaissent néanmoins des taux de maladies supérieurs. Même si nous ciblons les facteurs de risque individuels, nous ne réaliserons guère de progrès sur le plan de la prévention de la maladie si nous négligeons le contexte plus large dans lequel vivent certains groupes et communautés. Les membres de collectivités telles que les Six Nations et d'autres communautés autochtones souffriront de taux de maladies chroniques élevés aussi longtemps qu'ils vivront dans la pauvreté.

Souvent, on nous demande si le régime alimentaire peut expliquer les différences entre groupes. Nous avons constaté que le groupe ayant le meilleur régime alimentaire sont les Chinois. Ils tendent à manger des fruits et des légumes légèrement cuits — non pas bouillis mais cuits à la vapeur. Ils mangent des matières grasses, mais non saturées, et ils tendent à manger plus de protéines que d'hydrates de carbone, alors que les Sud-Asiatiques tendent à manger plus d'hydrates de carbone et moins de protéines. Les Autochtones ont une très forte consommation de gras saturés et trans, tels que saindoux, desserts, sucreries, pizzas et autres aliments prêts à manger.

Alors que ces renseignements incitent d'aucuns à dire que les Autochtones devraient manger mieux ou qu'il faudrait sensibiliser les Sud-Asiatiques, on ne peut se contenter de blâmer les individus ou escompter qu'ils changent leurs habitudes. Je suis retournée à la réserve des Six Nations dans le cadre d'une étude financée par les IRSC et ai constitué différents échantillons aléatoires de ménages auxquels un conseiller en hygiène autochtone rendait visite une fois par semaine pour leur dire quoi manger et quels exercices physiques faire, alors de simplement leur remettre le *Guide alimentaire canadien*, pensant que cela ferait une différence. À la fin de l'étude, nous n'avons constaté aucun effet, en dépit d'une meilleure connaissance chez les sujets de ce qu'il faudrait manger.

J'avais beau dire à une famille de manger davantage de fruits et de légumes, on me répondait : « Je dois sortir de la réserve pour en trouver; c'est ce qui coûte le plus cher; ils tournent vite; il est plus facile d'acheter de grosses quantités de diners Kraft parce que c'est moins cher et plus facile à conserver ». C'est la même chose pour l'activité physique dans les réserves : « Il n'y a pas de trottoir pour se promener, il y a des chiens sauvages et de la criminalité ». Les gens ne peuvent prendre d'exercice et ne peuvent manger correctement si leur collectivité ou leur milieu ne sont pas propices.

Si nous voulons élaborer une stratégie de prévention de l'obésité, nous ne pouvons nous contenter de dire aux individus comment se comporter. Nous devons concevoir les collectivités de telle manière qu'il soit facile pour les gens de marcher et de se rendre à l'épicerie sans prendre la voiture et qu'ils y trouvent des aliments sains à bas prix. À l'heure actuelle, c'est l'inverse : vous pouvez acheter des aliments prêts à manger et vous sentir rassasié

Thinking of a broad strategy, community engineering will have a greater impact in obesity prevention than will asking individuals to make lifestyle changes.

When I reflected on the ideal population health strategy, the three risk factors that come to mind are: prevention of obesity; changing dietary intake by changing food availability, taxation, et cetera; and maintaining our stringent policy against tobacco use. We can learn a lot from the successes that have occurred from the prevention of tobacco use in Canada. We are proud to go around the world and show off our policy on tobacco control and how successful we have been. We made high-level policy changes that led to reductions in cigarette smoking and that was taxation. We can learn from that in terms of obesity prevention.

What are the systemic strategies that I might recommend? The ideal public health strategy would be one that does not consider individual risk factors in isolation.

For example, in Canada, we have a diabetes surveillance and prevention strategy, an obesity prevention strategy and a tobacco strategy, but none of these groups talk to each other. When we think about how to prevent heart disease and the nine risk factors that cause it, we, as clinicians and researchers, must go to each one of the strategies and try either to get them to crosstalk, which is difficult, or to divide and conquer. At this level, if a recommendation could be made that we need to coordinate across disease and risk factor strategies to have one coordinated strategy against disease, it would do more good than what is currently happening.

On page 7 is a slide that shows how resources are currently divided between treatment and prevention. If we think of cardiovascular disease, heart attack and stroke, and if you look at all of the millions of dollars that are devoted towards taking care of people with cardiovascular disease, you can see that 95 per cent of our resources go to the treatment of people who have risk factors or who have already suffered the disease. That is important. We never turn away a patient with symptoms or a person with the disease, but you can see that only 5 per cent of our dollars go toward preventing the disease. Prevention of risk factors such as obesity, poor diet and smoking will do more good to prevent cardiovascular disease than all of the money that goes toward treatment.

I often hear in the news and from various governments that we are working on a prevention policy, but that has been lip service to date because it has been under-resourced. Even within Ontario, the Ministry of Health Promotion is relatively under-resourced compared to all the other ministries. They cannot actually do anything. Therefore, prevention is not happening in Canada. Again, we must look at the broad determinants of health and then

pour 3 \$ ou 4 \$, et c'est ce que les gens font à défaut de mieux. Du point de vue d'une stratégie globale, l'ingénierie communautaire aura plus d'effet dans la prévention de l'obésité que de demander aux individus de changer de mode de vie.

En réfléchissant à une stratégie de santé publique idéale, les trois grandes mesures venant à l'esprit sont la prévention de l'obésité, la modification de l'apport alimentaire, par le biais d'une meilleure disponibilité d'aliments, la fiscalité, et cetera; et la poursuite d'une politique rigoureuse contre le tabagisme. Nous pouvons tirer beaucoup de leçons du succès de la prévention du tabagisme au Canada. Nous sommes fiers de pouvoir étaler à l'étranger notre politique de lutte contre le tabagisme et sa réussite. Nous avons apporté les changements de politique à haut niveau qui ont amené une réduction de la consommation de cigarettes, et c'était sous forme de taxation. Nous pouvons nous en inspirer pour la prévention de l'obésité.

Quelle stratégie systémique recommanderais-je? La stratégie de santé publique idéale n'agirait pas sur les facteurs de risque individuels de manière isolée.

Par exemple, au Canada, nous avons une stratégie de surveillance et de prévention du diabète, une stratégie de prévention de l'obésité et une stratégie antitabac, mais aucun de ces groupes ne parle aux autres. Lorsque nous réfléchissons à la façon de prévenir les maladies cardiaques et les neuf facteurs de risque qui les causent, nous, en tant que cliniciens et chercheurs, devons nous adresser aux responsables de chacune de ces stratégies et soit essayer de les amener à dialoguer, ce qui est difficile, soit diviser et conquérir. De ce point de vue, si une recommandation pouvait être faite disant qu'il faut une coordination entre les stratégies portant sur les différentes maladies et facteurs de risque, de façon à n'avoir qu'une seule stratégie coordonnée contre la maladie, ce serait plus efficace que ce que nous faisons actuellement.

À la page 7, vous voyez une diapositive montrant comment les ressources sont actuellement réparties entre le traitement et la prévention. Si vous prenez les maladies cardiovasculaires, soit crises cardiaques et accidents cérébrovasculaires, et considérez les millions de dollars consacrés à soigner ceux qui en sont atteints, vous pouvez voir que 95 p. 100 de nos ressources vont au traitement des personnes présentant des facteurs de risque et déjà atteintes de la maladie. C'est important. Nous ne refusons jamais de traiter un patient ayant des symptômes ou la maladie, mais vous pouvez voir que seuls 5 p. 100 de nos ressources sont consacrées à la prévention de la maladie. La prévention des facteurs de risque tels que l'obésité, une mauvaise alimentation et le tabagisme feront plus pour lutter contre les maladies cardiovasculaires que tout l'argent consacré à leur traitement.

J'entends souvent dire dans les médias et de la part des divers gouvernements que l'on travaille sur une politique de prévention, mais jusqu'à présent il ne s'agit que de paroles, car les ressources ne suivent pas. Même en Ontario, le ministère de la Promotion de la santé manque relativement de ressources comparé à tous les autres ministères. Il ne peut pas réellement agir. Par conséquent, la prévention laisse à désirer au Canada. Encore une fois, il faut

create a strategy that leads to a coordinated prevention at a very high level for many cardiovascular risk factors to make gains in cardiovascular disease prevention.

There is some good news. There are some partnerships occurring across the country and Dr. Keon and I are involved in one of them. It is called the Canadian Heart Health Strategy, which is trying to coordinate across prevention strategies, detection strategies and treatment strategies to come up with a national policy or strategy to control cardiovascular disease. At the same time, there is the Canadian Partnership Against Cancer, which has recently given \$40 million toward creating a large study across Canada to prevent cancer. Those two communities, namely cardiovascular disease and cancer, are now talking. We can therefore pool resources and come up with a large approach or infrastructure to understand the common causes of cardiovascular disease and cancer, which will then lead to some coordinated prevention approaches.

I will end with another quote from Geoffrey Rose who said that, "Much can be done by individuals themselves to improve their own health prospects, but whether or not they will actually take such action depends substantially on economic and social structures for which governments are responsible."

In conclusion, I believe anything you can do to influence, at a high level, community-level strategies that can make it easy for individuals to make the lifestyle changes they need to prevent obesity will be time and money well spent. I will stop there and am open to any questions you might have.

The Chair: Thank you, Dr. Anand. It is always delightful to hear you.

When I was actively practising medicine, sometimes the patients would post-operatively ask me about diet. I would jokingly say, "Eat Chinese food and drink red wine." I would then send them to the dietician to get proper counselling.

That brings me to the question of where alcohol and, in particular red wine, fits in the agenda at this point in time. There is a mixed approach because of the problem of alcoholism and its recommendation as a form of therapy. I know where you stood about a year ago because I heard you speak then, but I have not heard you since. Where do you stand on that issue now?

Dr. Anand: As you know, in many studies the lack of alcohol intake is a risk factor for heart disease. To flip that around, moderate alcohol intake seems to protect against heart attack. It is a complex issue. As a physician, I never recommended to a non-

considérer les grands déterminants de la santé et forger une stratégie produisant une prévention, coordonnée à un très haut niveau, des nombreux facteurs de risque cardiovasculaire pour réaliser de réels progrès en matière de prévention des maladies cardiovasculaires.

Il existe quelques bonnes nouvelles. Des partenariats se forment à travers le pays et le Dr Keon et moi-même participons à l'un d'eux. Il s'agit de ce que l'on appelle la Stratégie canadienne de santé cardiaque, qui cherche à coordonner les stratégies de prévention, les stratégies de dépistage et les stratégies thérapeutiques en vue de parvenir à une politique ou stratégie nationale de contrôle des maladies cardiovasculaires. Parallèlement, il existe le partenariat canadien contre le cancer, qui vient de recevoir 40 millions de dollars pour mener une vaste étude pancanadienne sur la prévention du cancer. Ces deux ensembles, soit tous ceux qui luttent contre les maladies cardiovasculaires et le cancer, commencent à se concerter. Nous pouvons, par conséquent, mettre en commun les ressources et mettre au point une vaste démarche ou infrastructure afin de comprendre les causes communes des maladies cardiovasculaires et du cancer, ce qui débouchera sur quelques approches coordonnées de la prévention.

Je terminerai sur une autre citation de Geoffrey Rose : « Les individus peuvent faire beaucoup par eux-mêmes pour améliorer leurs perspectives de santé, mais toute initiative en ce sens de leur part sera tributaire des structures économiques et sociales mises en place par les pouvoirs publics ».

En conclusion, je pense que tout ce que vous pourrez faire pour influencer, d'en haut, les stratégies au niveau communautaire susceptibles de faciliter les changements de mode de vie requis pour prévenir l'obésité sera une dépense de temps et d'argent utile. Je vais m'arrêter là pour répondre aux questions que vous pourriez avoir.

Le président : Merci, docteur Anand. C'est toujours un grand plaisir de vous écouter.

Lorsque j'exerçais activement la médecine, les patients, après une opération, me posaient parfois des questions sur l'alimentation. Je leur répondais en plaisantant : « Mangez de la cuisine chinoise et buvez du vin rouge ». Je les envoyais ensuite se faire conseiller par un diététicien.

Cela m'amène à la question de savoir quelle est la place de l'alcool et, en particulier du vin rouge, dans le programme d'action aujourd'hui. L'approche est un peu mitigée à cause des problèmes de l'alcoolisme et de la recommandation d'en boire à titre thérapeutique. Je sais quelle était votre position il y a un an environ, car je vous ai entendu en parler alors, mais je ne vous ai pas entendue depuis à ce sujet. Quelle est votre position maintenant?

La Dre Anand : Comme vous le savez, de nombreuses études montrent que la non-consommation d'alcool est un facteur de risque de maladie cardiaque. Pour inverser la proposition, une consommation modérée d'alcool semble protéger contre une

drinker to begin drinking because it can become a slippery slope and result in social discord, injury, accidents, et cetera.

For people who were drinking moderately, I said that is probably a good thing. However, I must take that into consideration now, based on a report that came from the World Health Organization about six months ago about nutrition recommendations for chronic diseases. Although moderate alcohol intake protects against heart disease, it may be a risk factor for some cancers. Again, it is a slippery slope to recommend across the board that drinking alcohol is okay. It has been associated with both colon cancer and breast cancer. It is difficult. At the end of the summary report, the recommendation was that two to three drinks per week is probably okay, but it is no guarantee.

The Chair: Has there been any data unfolded in sorting out, for example, scotch in association with that?

Dr. Anand: It is the effect of alcohol as opposed to a type of alcohol. Some people would say that wine is superior to spirits, which is superior to beer. It appears to be an alcohol effect. We never choose beer as the optimal number one choice because of the calories associated with it. The tie is between scotch and hard liquors and wines. There is a theory, which is not proven, that the tannic acid in red wine adds to the protective effect but it appears to be just an alcohol effect.

The Chair: If we have time at the end, I want to come back to talk to you about ethnicity. It is easy, for example, with 500,000 Chinese in downtown Toronto but East Indians are more scattered.

Senator Pépin: Thank you for coming here today. I have been reading your document and listening to you. I believe there are as many women as men suffering from heart attacks, but is it the same percentage that we have with the other sicknesses? Do women have the same percentage or risk to become as seriously sick as men?

Dr. Anand: Yes. In many studies now, we know that the risk factors for heart disease in men are the same as in women. Women do not have a separate type of risk factor. Smoking, high blood pressure and diabetes are common to both men and women. The difference is that men develop heart disease, on average, 10 years earlier than women. Women tend to become like men in their risk factor profile after menopause. It is really between ages 55 and 60 where women become a higher risk as opposed to men where that is more between ages 40 and 50. It appears to be more dramatic because a young man is struck with heart disease. Women will get it; it is just 10 years later.

Senator Pépin: When I was a student nurse, few women suffered from heart attacks. Perhaps it is because of our lifestyle change. Women were working at home and not outside the home

attaque cardiaque. C'est un sujet complexe. En tant que médecin, je n'ai jamais recommandé à un non-buveur de commencer à boire, car cela peut devenir une pente glissante et causer la discorde sociale, des blessures, des accidents, et cetera.

Aux gens qui boivent modérément, je dis que c'est probablement une bonne chose. Cependant, je dois reconsidérer maintenant, du fait d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié il y a six mois environ formulant des recommandations nutritionnelles relativement aux maladies chroniques. Bien qu'une prise d'alcool modérée protège contre les maladies cardiaques, ce peut être un facteur de risque pour certains cancers. Encore une fois, c'est une pente glissante que de recommander en bloc la consommation d'alcool. Ce dernier a été associé et au cancer du colon et au cancer du sein. C'est difficile. La conclusion de ce rapport sommaire est que deux ou trois verres par semaine sont probablement une bonne chose, mais ce n'est pas une garantie.

Le président : Dispose-t-on de données nouvelles isolant, par exemple, le rôle du scotch à cet égard?

La Dre Anand : C'est l'effet de l'alcool par opposition à un type d'alcool particulier. D'aucuns diraient que le vin est supérieur aux eaux-de-vie, qui sont supérieures à la bière. Ce semble être un effet de l'alcool. Nous ne recommandons jamais la bière comme choix optimal à cause des calories qu'elle contient. Le rapport est entre le scotch et les eaux-de-vie et le vin. Il existe une théorie, qui n'est pas prouvée, que l'acide tannique du vin rouge renforce l'effet protecteur, mais il semble bien que ce soit un simple effet de l'alcool.

Le président : S'il nous reste du temps à la fin, j'aimerais vous parler de l'ethnicité. C'est facile, par exemple, avec 500 000 Chinois au centre-ville de Toronto, mais les Indiens d'Asie sont plus dispersés.

Le sénateur Pépin : Merci d'être venue nous rencontrer. J'ai lu votre document et je vous ai écoutée. Je crois qu'autant de femmes que d'hommes subissent des crises cardiaques, mais est-ce le même pourcentage dans le cas des autres maladies? Est-ce que les femmes ont le même pourcentage ou le même risque de tomber gravement malades que les hommes?

La Dre Anand : Oui. Nous savons aujourd'hui, d'après de nombreuses études, que les facteurs de risque de maladies cardiaques sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes. Les femmes ne présentent pas un type distinct de facteurs de risque. Le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète sont communs et chez les hommes et chez les femmes. La différence est que les hommes développent une maladie cardiaque, en moyenne, dix années avant les femmes. Les femmes commencent à acquérir le même profil de risque que les hommes après la ménopause. C'est réellement entre 55 et 60 ans que les femmes commencent à présenter un plus haut risque, alors que chez les hommes c'est plutôt entre 40 et 50 ans. La maladie cardiaque paraît plus dramatique lorsqu'un homme jeune en est atteint. Les femmes l'auront aussi, seulement dix ans plus tard.

Le sénateur Pépin : Lorsque j'étais étudiante en sciences infirmières, peu de femmes faisaient une crise cardiaque. Peut-être est-ce dû au changement de notre mode de vie. Les femmes

at that time. They were raising families. Maybe lifestyles have changed since then. Women are now doing things similar to men to earn their living and they are catching up with heart attacks and sickness.

Dr. Anand: That gap may close. It is possible that, as women become more like men in their lifestyles, the gap may narrow.

One thing that has been good for women is that during the time of prohibition and other social norms, it was not socially acceptable for women to smoke cigarettes, for example. That was a good thing for women. Men smoked much more than women and that is one of the major risk factors for heart disease.

However, there are changes that occur when women lose their endogenous estrogen at the time of menopause. Therefore, their lipid profile, or cholesterol, looks good until the age of about 50 or the onset of menopause. Following that, it changes to be similar to a man's cholesterol profile.

Also, with menopause comes the shift in fat from the hips to the central fat. Therefore, a number of changes that occur in women tend to occur a little later than in men. There is still a 10-year gap.

However, women live longer than men, up to age 85. Therefore, if you looked at total percentage of heart disease, the total burden would be equal because women live longer.

Senator Pépin: I have another question, but I will let my colleague go first and will come back to it.

Senator Callbeck: I was interested in the cardiovascular prevalence on page 4 where you compared the ethnic groups.

The difference is about four times if you look at south Asian and Chinese; it is double between European and south Asian.

You mentioned diet. The Chinese have less saturated and trans fats and eat a lot of vegetables. What other factors do you think cause the differences here in these figures?

Dr. Anand: The big risk factor differences across the groups would be diet, the rates of smoking, the rates of high blood pressure and the average cholesterol. If we take those main factors into account, we can explain much of the differences between the ethnic groups.

For example, Aboriginal people are high on all of the risk factors. They end up with the highest burden of heart disease. The Chinese tend to have the best profile — the lowest diabetes rates, the lowest body weight if you will, relatively low smoking rates, and they end up with a low percentage.

travaillaient au foyer et non à l'extérieur à l'époque. Elles élevaient leurs enfants. Peut-être les modes de vie ont-ils changé depuis. Les femmes font aujourd'hui les mêmes choses que les hommes pour gagner leur vie et elles rattrapent les chiffres d'attaques cardiaques et de maladie.

La Dre Anand : L'écart se fermera peut-être. Il est possible qu'au fur et à mesure que les femmes adoptent le même mode de vie que les hommes, l'écart rétrécisse.

Une chose qui était favorable aux femmes est qu'à l'époque de la prohibition et d'autres normes sociales, il n'était pas socialement acceptable que les femmes fument, par exemple. C'était une bonne chose pour les femmes. Les hommes fumaient beaucoup plus que les femmes et c'est l'un des facteurs de risque majeurs de maladie cardiaque.

Cependant, des changements interviennent lorsque les femmes perdent leur estrogène endogène à la ménopause. Par conséquent, leur profil de lipide ou de cholestérol reste bon jusqu'à l'âge de la cinquantaine ou la ménopause. Ensuite, il change pour ressembler au profil de cholestérol d'un homme.

Par ailleurs, avec la ménopause intervient le transfert de la graisse des hanches vers l'abdomen. Par conséquent, un certain nombre de changements chez les femmes interviennent un peu plus tard dans la vie que chez les hommes. Il y a toujours un décalage de dix ans.

Cependant, les femmes vivent plus vieilles que les hommes, jusqu'à 85 ans. Par conséquent, si vous considérez le pourcentage total de maladies cardiaques, la prévalence totale sera égale parce que les femmes vivent plus longtemps.

Le sénateur Pépin : J'ai une autre question, mais je vais laisser la parole à mes collègues et j'y reviendrai plus tard.

Le sénateur Callbeck : J'ai été intéressée par les chiffres de prévalence cardiovasculaire de la page 4, où vous comparez les groupes ethniques entre eux.

La différence est un multiple de quatre entre les Sud-Asiatiques et les Chinois; elle est du double entre les Européens et les Sud-Asiatiques.

Vous avez mentionné le régime alimentaire. Les Chinois mangent moins de gras saturé et trans et beaucoup plus de légumes. Quels autres facteurs, à votre avis, causent les différences entre ces chiffres?

La Dre Anand : Les grandes différences entre les facteurs de risque des groupes sont l'alimentation, le taux de tabagisme, le taux d'hypertension artérielle et le cholestérol moyen. Ces grands facteurs peuvent expliquer la plus grande partie des différences entre les groupes ethniques.

Par exemple, les Autochtones ont des taux élevés pour tous les facteurs de risque. Ils se retrouvent avec la plus grande prévalence de maladies cardiaques. Les Chinois tendant à avoir le meilleur profil — le plus faible taux de diabète, la plus faible charge pondérale si vous voulez, des taux de tabagisme relativement faibles, et ils se retrouvent avec un faible pourcentage.

This was first-generation immigrants who had lived in Canada at least 10 years.

We do not know that the same pattern will hold true for Chinese children who grow up in Canada from day one. We are seeing in some childhood studies that the Chinese are not immune to the effects of weight gain. Therefore, the average weight is increasing among Chinese children and, with that, comes higher rates of diabetes. Heart disease is low in their parents.

However, it is the reverse if I showed you another set of bars which were cancer mortality. The Chinese have relatively more deaths from cancer compared to south Asians who have lower deaths from cancer. It is almost as though one group tends to get one chronic disease more than another, but both are getting one of the diseases.

Senator Callbeck: You mentioned a number of factors that caused this. One was tobacco. In your study, did you actually study how many smoked?

Dr. Anand: Yes, we did. Close to 50 per cent of the Aboriginal people used tobacco, either first hand or second hand, compared to the Europeans at about 20 per cent. It was actually the lowest in Chinese and south Asians.

The reason I raise that for the Aboriginal people is because it is a difficult issue. When I went to the Six Nations Band Council and presented my findings, I told them the two risk factors they can do the most about to have a great impact on the population would be to address smoking and obesity. The mean Body Mass Index on the reserve is 33, which is very high.

Smoking and tobacco use is complex on Aboriginal reserves. In particular, Six Nations have their own factory where they produce cigarettes. On one hand, we say jobs are important, economics are important. They have their own industry. However, it is an industry that produces high-nicotine cigarettes that are available for a very low price to their people on the reserve. It is a complex issue.

Senator Callbeck: On page 6 you talked about the number of government-sponsored programs that are disconnected and the need to have a coordinated approach.

Have you given thought to how that can be done? I guess the federal government should be taking the initiative here.

Dr. Anand: Yes. I recall one meeting where we were trying to understand the rates of diabetes and if they are going up in Canada or not. We had representatives there from the Canadian Diabetes Strategy. They have the data but it would be difficult to access it.

If clear recommendations from a high level came down saying, "Each year we need to understand the following trends and we need to allow researchers and educators and policy-makers to access the data across these strategies in an easy and efficient way," we could already understand more about Canada. That would help us form a prevention strategy. One of the goals of the

L'étude portait sur des immigrants de première génération ayant vécu au Canada au moins 10 ans.

Nous ne savons pas si les mêmes tendances se retrouveront chez les enfants chinois nés au Canada. Nous voyons dans certaines études chez les enfants que les Chinois ne sont pas à l'abri du gain de poids. Par conséquent, le poids moyen des enfants chinois augmente et cela s'accompagne de taux de diabète plus élevés. Les maladies cardiaques sont rares chez leurs parents.

Cependant, si je vous montrais un autre diagramme, celui de la mortalité par cancer, vous verriez une situation inverse. Les Chinois ont relativement plus de décès par cancer comparés aux Sud-Asiatiques qui ont des taux de cancer moindres. C'est presque comme si un groupe tendait à souffrir plus d'une maladie chronique que d'une autre, mais les deux en attrapent une.

Le sénateur Callbeck : Vous avez mentionné un certain nombre de facteurs causaux. L'un est le tabac. Dans votre étude, avez-vous déterminé combien fumaient?

La Dre Anand : Oui. Près de 50 p. 100 des Autochtones sont exposés à la fumée, soit directe soit indirecte, contre environ 20 p. 100 des Européens. Le pourcentage était le plus faible chez les Chinois et les Sud-Asiatiques.

La raison pour laquelle j'attire l'attention là-dessus chez les Autochtones est que c'est une question difficile. Lorsque j'ai présenté mes conclusions au Conseil de bande des Six Nations, je leur ai dit que les deux facteurs de risque sur lesquels ils peuvent le mieux agir pour obtenir le plus gros impact sur la population sont le tabagisme et l'obésité. L'indice de masse corporelle moyen dans la réserve est de 33, ce qui est très élevé.

Le tabagisme est un problème complexe dans les réserves autochtones. Les Six Nations, en particulier, ont leur propre usine de cigarettes. D'une part, nous disons que les emplois sont importants, que l'économie est importante. Ils ont leur propre industrie du tabac. Cependant, c'est une industrie qui produit des cigarettes à forte teneur en nicotine et qui sont disponibles à très bas prix dans la réserve. C'est un problème complexe.

Le sénateur Callbeck : À la page 6, vous évoquez un certain nombre de programmes disparates financés par les pouvoirs publics et la nécessité d'une approche coordonnée.

Avez-vous réfléchi à la façon de s'y prendre? Je suppose que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative à cet égard.

La Dre Anand : Oui. Je me souviens d'une réunion où nous cherchions à comprendre les taux de diabète et voir s'ils augmentaient ou non au Canada. Nous avions là des représentants de la Stratégie canadienne du diabète. Ils ont les données mais il est difficile d'y accéder.

Si des recommandations claires venaient d'en haut disant : « Chaque année nous devons déterminer les tendances suivantes et permettre aux chercheurs et éducateurs et décideurs d'accéder facilement et efficacement aux données de toutes les stratégies », nous en saurions déjà plus sur le Canada. Cela nous aiderait à formuler une stratégie de prévention. L'un des objectifs de la

new Canadian Heart Health Strategy is to get that type of information. However, it may even involve replicating some of the information we already have.

Across the Public Health Agency of Canada, PHAC, and other branches of the federal government, information exists. It is just difficult to access.

The other issue is that we are a public health care system unlike any other in the world. Yet we do not track individual health problems in a systematic way. We could do research for a much less economic investment if there was a computerized-based system to track the use of diabetes services, the use of smoking cessation services, et cetera. We do not do that.

We have everything to do that, but there has not been a high-level recommendation to provide the impetus.

Senator Callbeck: I have some other questions but I will go to the second round.

Senator Munson: I have a lot of questions but will only ask one.

Whether you are rich, poor or in-between, groceries are expensive. It seems to be one of the most expensive things every month that we all have to do. It is a necessity of life.

There has been so much talk about an emerging food crisis. We have seen all kinds of headline stories to do with food. In your recommendation, you talk about subsidizing or making affordable and available healthy foods such as fruits and vegetables.

I am curious to know if people come to government and say, "You have to legislate, you have to do this." I would like to know where the food industry's responsibility is in this equation and argument.

Dr. Anand: That is an excellent question. In some areas, the food industry has started to work together with researchers. An example of that is lowering salt and trying to take out trans fats from some foods. That has been an effective relationship between what we know in science and what they are able to sell.

Some people say that, if you take out trans fats and saturated fats, people will not buy the food because it is not tasty. I think the food industry has a responsibility to try and experiment with different preparations of foods to still make it palatable yet healthy at the same time.

The second complicated area is subsidies. I am sure you know much more about it than I do — the current subsidies we give to certain groups who produce, for example, red meat and certain grains. They do get subsidies, yet we do not give subsidies to farmers who may be producing apples and locally produced fruit.

It is cheaper to buy a foreign-produced apple — an apple from China — than a local apple. There are lots of issues. However, we know that red meat consumption is a risk factor for heart disease

Stratégie canadienne de la santé cardiaque est de rassembler ce type d'information. Cependant, cela peut même supposer reproduire certaines des données que nous avons déjà.

Beaucoup de renseignements existent déjà à l'Agence de la santé publique du Canada, l'ASPC, et d'autres organes du gouvernement fédéral, mais il est difficile d'y accéder.

L'autre problème est que nous avons un système de santé publique qui n'a pas d'équivalent ailleurs dans le monde. Or, nous ne suivons pas les problèmes de santé individuelle de manière systématique. Nous pourrions faire de la recherche à bien moindre coût s'il existait un système informatisé pour suivre l'utilisation des services aux diabétiques, des services de renoncement au tabac, et cetera. Nous ne le faisons pas.

Nous avons tout ce qu'il faut pour cela, mais il faut pour cela une initiative à très haut niveau.

Le sénateur Callbeck : J'ai quelques autres questions, mais j'attendrai le deuxième tour.

Le sénateur Munson : J'ai beaucoup de questions, mais j'en poserais juste une.

Que l'on soit riche, pauvre ou entre les deux, la nourriture coûte cher. Il semble que ce soit parmi les achats les plus coûteux que nous devons effectuer chaque mois. C'est une nécessité de la vie.

On parle beaucoup d'une crise alimentaire émergente. La presse est remplie de gros titres à ce sujet. Dans votre recommandation, vous parlez de subventionner ou de rendre abordables et disponibles des aliments sains tels que les fruits et légumes.

Je me demande si les gens s'adressent aux pouvoirs publics pour dire : « Vous devez légiférer, vous devez faire cela ». J'aimerais savoir quelle est la part de responsabilité de l'industrie alimentaire dans cette équation.

La Dre Anand : C'est une excellente question. Dans certains domaines, l'industrie alimentaire commence à collaborer avec les scientifiques. Un exemple en est la réduction de la teneur en sel et la suppression des gras trans dans certains aliments. Il y a là une relation efficace entre les connaissances scientifiques et les produits vendus.

D'aucuns disent que si l'on retire les gras trans et les gras saturés, les gens ne vont pas acheter les produits parce qu'ils seront moins bons. Je pense que l'industrie alimentaire a la responsabilité d'expérimenter et de mettre à l'essai différentes recettes pour que les produits soient à la fois bons et sains.

Les subventions sont un second sujet complexe. Je suis sûr que vous en savez beaucoup plus là-dessus que moi — les subventions actuellement accordées à certains groupes qui produisent, par exemple, la viande rouge et certaines céréales. Nous leur versons des subventions, mais nous n'en offrons pas aux agriculteurs qui produisent des pommes et d'autres fruits locaux.

Une pomme étrangère — une pomme chinoise — coûte moins cher qu'une pomme locale. Il se pose toutes sortes de questions. Cependant, nous savons que la consommation de viande rouge est

and cancer. We know that fruit and vegetable consumption protects you from those conditions. Why do we not either work with industry or farmers to encourage the production of the healthy food? Hopefully, that will lead to more people eating the healthy food.

Senator Munson: I have a basic question. You always hear what is recommended — five fruit and vegetables. What is that? Is that one banana, one apple, one melon, one strawberry and one glass of juice?

Dr. Anand: A serving is equivalent to what you can hold in the palm of your hand.

Senator Munson: Some people have small hands or big hands.

Dr. Anand: It is relative to your body size. One apple, one banana is a serving. How do you quantify mashed potatoes? What you can hold in your hand? That is equivalent to a serving.

Senator Munson: You just hear it a lot. I will go back to my fruit plate here.

That is what I have for now. I was curious about the food industry's responsibility. It seems we are asked as governments to make all kinds of decisions.

Can you explain a bit more about giving economic incentives to municipalities who build exercise-conducive communities?

Dr. Anand: There is a whole body of research now that has characterized something called the built environment, and that means how walkable can you make a community. Does the community look pleasant with trees and parks so people want to be there? Can you access shops by walking instead of driving? Can you make your communities safe so women, for example, can run, jog or walk at night?

We know the characteristics of communities that lead to more exercise, yet if you look at — in my own community of Hamilton — what is being constructed are suburbs and subdivisions where all you can do is drive to get there. There are no stores except superstores about a 20-minute drive away, and between the superstores you have to drive. Those are not communities designed to promote exercise, yet they are cropping up all over the place.

How can we get urban planners engaged in designing communities that are healthy, and what drives the creation or construction of the suburbs? It is of economic benefit to somebody. Can we craft it in such a way that, if a construction firm wants to build a new subdivision, they have to comply with certain standards that would make that community walkable?

Senator Munson: Thank you.

un facteur de risque de maladie cardiaque et de cancer. Nous savons que la consommation de fruits et de légumes protège contre ces maladies. Pourquoi ne pas collaborer avec l'industrie ou les agriculteurs pour encourager la production d'aliments sains? On peut espérer que cela amènerait davantage de gens à mieux manger.

Le sénateur Munson : J'ai une question élémentaire. On nous parle toujours de ce qui est recommandé. Cinq fruits et légumes. Combien cela fait-il? Est-ce une banane, une pomme, un melon, une fraise et un verre de jus?

La Dre Anand : Une portion est la quantité que vous pouvez tenir dans la paume de votre main.

Le sénateur Munson : Certains ont des petites mains et d'autres de grandes mains.

La Dre Anand : C'est relatif à votre taille. Une pomme, une banane représente une portion. Comment quantifier une portion de purée de pomme de terre? Ce que vous pouvez tenir dans votre main? C'est l'équivalent d'une portion.

Le sénateur Munson : C'est toujours ce que l'on entend. Je reviens à mon assiette de fruits.

Voilà ce que j'avais pour le moment. Je m'interrogeais sur la responsabilité de l'industrie alimentaire. Il semble que l'on nous demande à nous, les pouvoirs publics, de prendre toutes sortes de décisions.

Pourriez-vous nous parler un peu plus de l'idée d'offrir des stimulants économiques aux municipalités qui créent un urbanisme propice à l'exercice?

La Dre Anand : Il existe maintenant tout un corpus de recherches caractérisant ce que l'on appelle l'environnement bâti, c'est-à-dire dans quelle mesure il est possible de se déplacer à pied dans une localité. Possède-t-elle un cadre agréable, avec des arbres et des parcs donnant envie de s'y promener? Peut-on se rendre à pied jusqu'aux magasins, au lieu de conduire? Peut-on rendre les rues sûres afin que les femmes, par exemple, puissent courir ou marcher la nuit?

Nous connaissons les caractéristiques des collectivités qui les rendent propices à l'exercice, mais si vous regardez — prenez ma propre ville de Hamilton — ce que l'on construit, il s'agit surtout de banlieues et de lotissements qui ne sont accessibles qu'en voiture. Il n'y a pas de magasins, sauf des hypermarchés à 20 minutes de voiture, et pour aller de l'un à l'autre il faut encore la voiture. Ce ne sont pas des cadres conçus pour promouvoir l'exercice, et pourtant on les voit proliférer partout.

Comment amener les urbanistes à concevoir des collectivités propices à la santé, et quel est le moteur qui amène à créer ou construire des banlieues? Cela rapporte à quelqu'un. Peut-on faire en sorte que si un promoteur veut construire un nouveau lotissement, il doit respecter certaines normes pour que les déplacements à pied soient possibles?

Le sénateur Munson : Merci.

Senator Cochrane: Following on with the concept of developers and town people building a community or having a built-in that follows certain guidelines, that does not seem to be too difficult.

Dr. Anand: It does not.

Senator Cochrane: Why is it not done?

Dr. Anand: I think part of the reason is the research is just emerging. If we looked at the studies around built environment and activity levels, really they came up about four to five years ago, so it is still new. If you took a room full of doctors and asked them about the built environment, maybe 10 per cent would be aware of it. If you talked to urban planners, probably more would be aware of it but the field is new. That is probably one reason.

There has not been enough push on communities or cities yet, from either the medical community or government levels that are higher than their own, to get serious about it.

In my own daughter's school, they can still buy soda pop and chips as snacks. We knew five years ago we needed to get rid of it; it is still there. It is a combination of community action, physicians being aware, and putting pressure on the people who make decisions to comply with that.

You are right. It seems quite simple and the solutions are not complex.

Senator Cochrane: Not only that, but to me it would make a desirable city or community because people today are aware of the good things, walking and swimming and different activities. To me, that would seem like something people would want to live in.

Dr. Anand: Yes. It is quite easy to do.

In the greater Toronto area, there are subdivisions going up all the time, but they are built again in a way to support the use of a minivan and not to promote people walking and exercising to get from point A to point B. We need to change that and I think we could.

Senator Cochrane: In regards to investments, the money that is set aside for strategies, et cetera, I am appalled that only 5 per cent goes to prevention.

I have read a report from the Cancer Advocacy Coalition of Canada. They say only 6 per cent of all the money being spent is on cancer prevention.

Dr. Anand: In my response to the cancer question, cancer is behind cardiovascular disease in understanding the major causes. I can list for you the nine risk factors that, in fact, predict 90 per cent of who will have a heart attack versus not. We can clearly target smoking, cholesterol, diabetes. Cancer is not even close to that. They really need to go into the etiologic research of understanding the causes first.

Le sénateur Cochrane : Concernant cette notion que les promoteurs et urbanistes conçoivent une collectivité respectant certaines lignes directrices, cela ne devrait pas être trop difficile.

La Dre Anand : Non.

Le sénateur Cochrane : Pourquoi ne le fait-on pas?

La Dre Anand : Je pense que c'est dû en partie au fait que la recherche émerge tout juste. Cela fait seulement quatre ou cinq ans que nous avons des études sur l'environnement bâti et les niveaux d'activité physique, et c'est donc assez récent. Si vous remplissiez une pièce de médecins, seuls 10 p. 100 environ connaîtraient le concept d'environnement bâti. Les urbanistes sont probablement plus au courant, mais c'est un domaine nouveau. C'est probablement l'une des raisons.

Les localités ou les villes ne subissent pas encore suffisamment de pression de la part du monde médical ou des pouvoirs publics supérieurs pour s'y mettre sérieusement.

Dans l'école de ma propre fille, les élèves peuvent toujours acheter des boissons gazeuses et des croustilles pour leur collation. Nous savons il y a déjà cinq ans qu'il fallait les supprimer, mais elles sont toujours là. Il faut une combinaison d'action communautaire, de sensibilisation des médecins et de pression sur les décideurs.

Vous avez raison. Cela paraît plutôt simple et les solutions ne sont pas complexes.

Le sénateur Cochrane : Non seulement cela, mais à mes yeux cela rendrait une ville ou une localité désirable, car les gens aujourd'hui ont conscience des bonnes choses, comme la marche, la natation et différentes activités. À mes yeux, ce semble être le genre de ville où l'on voudrait habiter.

La Dre Anand : Oui. C'est assez facile à faire.

Des lotissements se construisent sans cesse dans l'agglomération de Toronto, mais tous sont conçus de façon à exiger l'usage d'une mini fourgonnette pour aller du point A au point B et à dissuader les gens de marcher et de faire de l'exercice. Il faut changer cela et je pense que c'est possible.

Le sénateur Cochrane : En ce qui concerne les investissements, l'argent consacré aux stratégies, et cetera, je suis atterrée de voir que seuls 5 p. 100 vont à la prévention.

J'ai lu un rapport de la Cancer Advocacy Coalition of Canada. Il dit que seuls 6 p. 100 de toutes les dépenses pour le cancer sont consacrées à la prévention.

La Dre Anand : On est loin de connaître aussi bien les causes du cancer que celles des maladies cardiovasculaires. Je peux vous dresser une liste des neuf facteurs de risque qui prédisent avec 90 p. 100 de fiabilité qui va faire ou non une crise cardiaque. On peut clairement désigner le tabagisme, le cholestérol, le diabète. On est loin de cela dans le cas du cancer. Il faut réellement pousser les recherches étiologiques d'abord pour comprendre les causes.

If you go to the Canadian Cancer Society website, what will they tell you? Eat fruits and vegetables, do not gain weight, exercise and do not smoke. Those are the four things. Think of the people you know who have developed cancer. Most people are not doing those things yet still get cancer.

Senator Cochrane: Exactly.

Dr. Anand: I am pleased that the Canadian Partnership Against Cancer has now put \$40 million towards creating a large cohort study of 300,000 Canadians; 150,000 of those will be in Ontario. I am representing the Heart and Stroke Foundation of Ontario, and we are now working together with cancer in the Province of Ontario to create a 150,000-person cohort study. We will measure a myriad of factors at baseline, everything from toxins in the water, to how communities are constructed, to understanding obesity, and we will follow that group forward for 10, 20, 30 years. That type of research will allow us to understand causes and then develop prevention strategies.

Cancer is probably 10 to 15 years behind cardiovascular disease. They have the added challenge that there are multiple cancers. There is breast, prostate, many cancers where heart attacks seem to be relatively the same in all people.

Senator Cochrane: It will take a long time to give the general public the preventative information. There is \$40 million, but it will still take a long time before we find the bottom line on prevention.

Dr. Anand: Probably take your mother's advice — live in moderation, live like people did in the 1960s and not the way they do now.

If you look at what happens to immigrant populations and their cancer rates, Japanese women in Japan have low rates of cancer. They immigrate to the United States and Canada, take our lifestyle on, whatever that is — is it your diet, is it the plastics in the environment, is it the stress of how we work — and then their cancer rates go up. It is not a genetic issue. Genes do not change in five or ten years. It is a lifestyle. We need to understand what that is before we can prevent it.

Senator Cochrane: Here is an example of prevention, which I think is pretty good. Last week Dr. Yusuf was here. He is from McMaster University, as you know. I was struck by his description of how our society promotes physical inactivity through our use of tall buildings with elevators and escalators.

He observed how people rarely use stairs anymore and how our buildings are designed to have stairwells back in dark corners where you cannot see them, out of the way.

Si vous allez sur le site Internet de la Société canadienne du cancer, que vous dit-on? Mangez des fruits et des légumes, ne prenez pas de poids, faites de l'exercice et ne fumez pas. Voilà les quatre choses. Songez aux gens que vous connaissez qui ont été atteints de cancer. La plupart des gens ne font rien de tout cela et pourtant ont quand même un cancer.

Le sénateur Cochrane : Exactement.

La Dre Anand : Je suis heureuse que le Partenariat canadien contre le cancer ait maintenant consacré 40 millions de dollars à la réalisation d'une étude sur une vaste cohorte de 300 000 canadiens, dont 150 000 en Ontario. Je représente la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et nous collaborons maintenant avec la Société du cancer en Ontario pour mener une étude sur une cohorte de 150 000 personnes. Nous mesurerons une myriade de facteurs de base, depuis les toxines dans l'eau jusqu'à la manière dont les collectivités sont construites, jusqu'aux causes de l'obésité, et nous suivrons ce groupe pendant 10, 20, 30 ans. Ce type de recherche nous permettra de comprendre les causes et d'élaborer ensuite des stratégies de prévention.

La connaissance du cancer a probablement 10 ou 15 années de retard sur celle des maladies cardiovasculaires. Dans son cas, il y a la difficulté accrue de l'existence de cancers multiples. Il y a le cancer du sein, de la prostate, de nombreux cancers, alors que les attaques cardiaques semblent être relativement identiques chez tout le monde.

Le sénateur Cochrane : Il faudra longtemps avant que l'on puisse donner au grand public l'information sur la prévention. Les crédits sont de 40 millions de dollars, mais il faudra quand même attendre longtemps avant de connaître les solutions de prévention.

La Dre Anand : Suivez les conseils de votre mère — pratiquez la modération, vivez comme les gens vivaient dans les années 1960 et non pas comme ils vivent aujourd'hui.

Si vous regardez ce qu'il advient des populations immigrantes et de leur taux de cancer, les femmes au Japon connaissent de faibles taux de cancer. Elles émigrent aux États-Unis et au Canada, adoptent notre mode de vie, quel qu'il soit — est-ce notre régime alimentaire, est-ce les plastiques de l'environnement, est-ce le stress au travail? — et leur taux de cancer augmente. Ce n'est pas génétique. Les gènes ne changent pas en cinq ou dix ans. C'est un mode de vie. Il faut comprendre ce qu'il a de nocif avant de pouvoir prévenir.

Le sénateur Cochrane : Voici un exemple de prévention qui me paraît assez bon. La semaine dernière le Dr Yusuf a comparu ici. Il est à l'Université McMaster, comme vous le savez. J'ai été frappé par sa description de la manière dont notre société promeut la sédentarité, avec la construction de bâtiments en hauteur, avec ascenseurs et escaliers mécaniques.

Il fait remarquer que les gens prennent rarement l'escalier et que dans nos immeubles les escaliers sont relégués dans les coins sombres, à l'écart, où on ne peut pas les voir.

The idea would be to put the stairs out front so people would be tempted to use them. What do you think of ideas like that?

Dr. Anand: We have to get creative. We do not need to disenfranchise people with disabilities who need to take the elevator.

Senator Cochrane: I do not mean that.

Dr. Anand: The majority of people are actually fairly healthy. Why is it that we need to park right next to Wal-Mart versus having the parking lot off to the side? Why can we not walk between supercentres instead of driving our car 10 metres here and there? How can we, again like the communities, design our lives to subconsciously promote more activity?

The solution is not saying everyone must join the health club and do the elliptical health trainer three times a week. That is not the solution. It is designing communities to make people do more exercise without them even knowing.

Senator Cochrane: We need to be innovative. Whatever we think, we need to publicize it.

Dr. Anand: I agree.

The Chair: As usual, senators, time is catching up with us. We have Senator Fairbairn and Senator Brown left.

Senator Fairbairn: I apologize for being late. I came in as you were talking about your concerns about Aboriginal people. That affected me personally because I come from Lethbridge, Alberta, which is in the southwest corner of the province and is surrounded by Treaty 7. You know that smoking is part of the history and life of Aboriginal peoples. They socialize with it and it is part of their religious events.

Do your surveys and studies show much difference beyond the reserve? Is there much difference with young Aboriginal people or adults in urban situations? Have you any evidence that, when they move away from the reserves and work in outside communities, they pull away from that?

Dr. Anand: Unfortunately, it is difficult to study Aboriginal people who move to urban centres. It is difficult to track them. We were lucky to work on the reserve where 10,000 Six Nations people live. However, there are another 10,000 who live in cities and other communities in Canada. There is no way of tracking them, so I cannot answer the question about whether their behaviours change.

With regard to smoking being a traditional practice, it was traditional to pass around a peace pipe in the sweat lodges. Nicotine is addictive. Manufacturing cigarettes en masse and selling them at discount prices on reserves is not tradition, but it can cause people to become addicted to nicotine in no time at all.

L'idée serait de mettre les escaliers sur le devant afin que les gens soient tentés de les utiliser. Que pensez-vous de cette sorte d'idée?

La Dre Anand : Il faut être créatif. Il n'est pas nécessaire pour autant de gêner les personnes handicapées qui ont besoin d'un ascenseur.

Le sénateur Cochrane : Ce n'est pas ce que je voulais dire.

La Dre Anand : La majorité des gens sont en assez bonne santé. Comment se fait-il que nous ayons besoin de nous garer juste devant la porte de Wal-Mart au lieu de placer le terrain de stationnement sur le côté? Pourquoi ne pouvons-nous marcher entre les magasins d'un méga centre, au lieu de prendre la voiture pour nous déplacer de 10 mètres? Comment pouvons-nous, tout comme les collectivités, concevoir notre vie de façon à promouvoir inconsciemment plus d'activité physique?

La solution n'est pas que tout le monde fréquente trois fois par semaine un gymnase. Ce n'est pas la solution. Il s'agit de concevoir les collectivités de façon à amener les gens à faire plus d'exercice sans même qu'ils s'en rendent compte.

Le sénateur Cochrane : Il faut faire preuve d'imagination. Il s'agit de faire connaître toutes ces idées.

La Dre Anand : Je suis d'accord.

Le président : Comme d'habitude, sénateurs, le temps nous rattrape. Il nous reste le sénateur Fairbairn et le sénateur Brown.

Le sénateur Fairbairn : Veuillez excuser mon retard. Je suis arrivé au moment où vous parliez de vos préoccupations concernant les Autochtones. Cela m'a touché personnellement, car je viens de Lethbridge, en Alberta, qui est dans le coin sud-ouest de la province et est entourée par le territoire du Traité 7. Vous savez que la consommation de tabac fait partie de l'histoire et de la vie des Autochtones. Ils socialisent autour du tabac et il joue un rôle dans leurs cérémonies religieuses.

Est-ce que vos enquêtes et études font apparaître une grande différence entre les réserves et le monde environnant? Existe-t-il une grande différence avec les Autochtones jeunes ou adultes en milieu urbain? Avez-vous des chiffres indiquant que leur situation change lorsqu'ils quittent les réserves et travaillent à l'extérieur?

La Dre Anand : Malheureusement, il est difficile d'étudier les Autochtones en milieu urbain. Il est difficile de les suivre. Nous avons eu la chance de travailler dans la réserve où vivent 10 000 membres des Six Nations. Cependant, 10 000 autres membres vivent dans les villes et d'autres localités du Canada. Il est impossible de les suivre, et je ne peux donc vous dire si leur comportement change.

Pour ce qui est de l'usage traditionnel du tabac, il était de tradition de faire circuler un calumet de la paix dans les sueries. La nicotine est accoutumante. La fabrication massive de cigarettes et leur vente à prix réduit dans les réserves n'est pas une tradition mais peut amener les gens à devenir dépendants de la nicotine en un rien de temps.

The traditional use makes the matter complex. No one is telling them to change their tradition, but the mass production and cheap sales of this addictive material is hooking young kids in large numbers, and that is a difficult addiction to break.

It is a complicated problem. The people on reserves say they pay more taxes to the federal government on their lucrative cigarette production industry than they receive back in transfer payments, so they really feel that they are giving back to Canada, if you will. It is too complicated for me to take on. I just give the information to the health committee.

The smoking issue is devastating. Luckily, the health authorities on reserves recognize it is a major health problem and are working toward stopping it. However, it is like a little goldfish swimming against a strong current. A few people in health concerned about a problem will not be able to crack the problem if people are making a lot of money from the business.

Senator Fairbairn: Hopefully, as generations grow older and new ones come up, there will be a different turn.

These people are a wonderful part of our population and our history, and we certainly want them to have the best possible opportunities.

You talked about the kinds of things that people eat and smoke within regular communities. If it is any comfort to you, in one school in my hometown of Lethbridge, the young people said they were not going to buy food at the cafeteria because it was all junk. They decided to bring their own food, which is good.

Dr. Anand: I believe Nova Scotia has made similar changes.

Senator Fairbairn: These things are moving along a bit.

Senator Brown: Dr. Anand, I was buoyed by reading the nine risk factors and your conclusion that no alcohol was a risk. I talked to many people about that, and we all agreed that we should consume alcohol. However, you told us that after some people said they should have three drinks a day, you said it should be three drinks a week so we were brought back to earth.

On page 6 of your brief you said that other disease conditions and risk factor strategies should look to the success Canada had with the tobacco strategy as a successful model of coordinated risk factor prevention. I picked up on that in a previous meeting with other doctors.

I recently saw the statistic that 52 per cent of Canadians do not read newspapers or watch the news on television. We are looking for a coordinated approach to effect change broadly across the country. As you suggested, we could copy what was done with

L'usage traditionnel rend les choses plus complexes. Personne ne leur demande de changer leur tradition, mais la production massive et la vente à prix réduit de cette substance toxicomano-gène rend un grand nombre de jeunes dépendants, et le sevrage du tabac est très difficile.

C'est un problème complexe. Les habitants des réserves disent qu'ils paient plus de taxes au gouvernement fédéral sur leur production lucrative de cigarettes qu'ils n'en récupèrent sous forme de transferts, si bien qu'ils estiment contribuer financièrement au Canada, en quelque sorte. C'est trop compliqué pour que je m'y retrouve. Je transfère simplement l'information au comité de la santé.

Le tabagisme est dévastateur. Heureusement, les autorités sanitaires des réserves admettent que c'est là un problème de santé majeur et s'efforcent d'y mettre un terme. Cependant, c'est un peu comme un petit poisson rouge nageant contre un puissant courant. Quelques spécialistes de la santé conscients du problème ne parviendront pas à le résoudre tant que cette activité rapportera beaucoup d'argent.

Le sénateur Fairbairn : J'espère que les choses changeront avec le vieillissement et l'arrivée de nouvelles générations.

Ces gens représentent une part merveilleuse de notre population et de notre histoire et nous voulons certainement leur offrir les meilleures perspectives.

Vous avez parlé des choses que les gens mangent et fument dans une localité typique. Si cela peut vous rassurer, dans une école de ma ville de Lethbridge, les élèves ont dit qu'ils n'allaient plus acheter de nourriture à la cafétéria parce qu'elle ne vend que de la camelote. Ils ont décidé d'apporter leur propre nourriture, ce qui est bien.

Le Dre Anand : Je crois que la Nouvelle-Écosse a fait des changements similaires.

Le sénateur Fairbairn : On constate un peu de progrès à cet égard.

Le sénateur Brown : Docteur Anand, j'ai été encouragé par votre lecture des neuf facteurs de risque et le fait que l'alcool n'y figure pas. J'ai parlé de cela avec beaucoup de gens et nous avons tous convenu qu'il est bon de consommer de l'alcool. Cependant, vous nous avez dit que ce devrait être trois verres par semaine, et non trois verres par jour comme d'aucuns le préconisent, ce qui nous a ramenés à terre.

À la page 6 de votre mémoire vous dites que d'autres stratégies de lutte contre la maladie et les facteurs de risque devraient s'inspirer de la réussite de la stratégie antitabac canadienne comme bon modèle de prévention coordonnée des facteurs de risque. J'avais déjà noté cela lors d'une réunion antérieure avec d'autres médecins.

Je suis tombée récemment sur une statistique disant que 52 p. 100 de Canadiens ne lisent pas de journaux ou ne regardent pas les nouvelles télévisées. Vous parlez d'une approche coordonnée en vue d'opérer de vastes changements à travers le

tobacco — that is, the government could impose increasingly more stringent labelling on certain unhealthy foods.

Television is the only medium I know that reaches a large majority of the population. If we were to spend some money on short, repetitive ads about individual risk factors over a period of time, as we did with cigarettes, would that not be more beneficial than almost anything, other than the research you have done, to show where the risk factors are?

Dr. Anand: The tobacco strategy was multi-pronged, and the most effective influence in reducing smoking rates was increasing the price of cigarettes. The more cigarettes were taxed, the lower use was. That was a high-level government decision, as was banning cigarette companies from sponsoring sporting events.

Although advertising the risk factors on television would make people aware, without a high-level strategy to change exercise patterns and make healthy foods available, I do not think that would do much to improve diet and increasing physical activity.

I believe a multi-pronged strategy is needed, but there needs to be community-engineered, high-level policy changes in addition to educating individuals about how to change their lives. Both must happen in order for us to make a difference.

Senator Brown: I agree with you 100 per cent. I was just thinking that we could cover all the risk factors with advertising. We could encourage people to walk regardless of whether they have sidewalks. As you said, they could walk in parking lots.

The other risk factors can all be labelled as bad things and more positive behaviours encouraged. Long-term advertising must have an impact. When cigarette labelling was first introduced, not many people paid attention, but over a generation it was repeated on every package of cigarettes. It was repeated and enforcements were made in buildings and public places. It seems to me if we took that broad approach repetitively on everything you are trying to say here in short documentation, which is really good, and duplicate it somehow in advertising, I believe we could have a broad impact.

The Chair: Honourable senators, we are delighted now to have the second set of witnesses who are again outstanding, beginning with Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor of Queen's University. I had the pleasure of having breakfast with her a short time ago and a delightful visit to Queen's during some presentations on population health.

pays. Comme vous l'avez suggéré, nous pourrions reproduire ce qui a été fait avec le tabac — c'est-à-dire que le gouvernement impose un étiquetage de plus en plus rigoureux de certains aliments malsains.

La télévision est le seul média que je connaisse qui touche une vaste majorité de la population. Si nous dépensions pour diffuser de courts messages répétitifs sur les facteurs de risque individuels pendant une certaine période, comme nous l'avons fait avec les cigarettes, cela ne serait-il pas plus bénéfique que presque n'importe quoi d'autre, hormis les recherches que vous avez effectuées, pour montrer où se situent les facteurs de risque?

La Dre Anand : La stratégie antitabac comportait plusieurs volets et le moyen le plus efficace pour réduire les taux de tabagisme a été l'augmentation du prix des cigarettes. Plus les cigarettes étaient taxées, et plus la consommation baissait. Cela a été une décision prise à un haut niveau du gouvernement, tout comme l'interdiction faite aux fabricants de cigarettes de parrainer les manifestations sportives.

Même si des annonces télévisées sur les facteurs de risque sensibiliseraient la population, sans une stratégie de haut niveau pour inciter à faire plus d'exercice et rendre les aliments sains plus disponibles, je ne pense pas que les gens mangeraient mieux et feraient plus d'exercice physique.

Je pense qu'il faut une stratégie à plusieurs volets mais il faut aussi agir sur l'urbanisme et d'autres politiques de haut niveau en plus d'inciter les Canadiens à changer de mode de vie. Si l'on veut faire une différence, les deux sont nécessaires.

Le sénateur Brown : Je suis d'accord à 100 p. 100 avec vous. Je pensais simplement que l'on pourrait couvrir tous les facteurs de risque avec des annonces publicitaires. On pourrait inciter les gens à marcher, qu'il y ait ou non des trottoirs. Comme vous l'avez dit, ils pourraient marcher sur les terrains de stationnement.

Les autres facteurs de risque peuvent tous être étiquetés comme étant de mauvaises choses et l'on pourrait encourager des comportements plus positifs. La publicité à long terme a forcément un impact. Lorsqu'on a commencé à étiqueter les cigarettes, peu de gens y ont prêté attention, mais le message a été répété sur chaque paquet de cigarettes sur plus d'une génération. C'était répétitif et des rappels étaient faits dans les bâtiments et les lieux publics. Il me semble que si l'on adoptait cette démarche large et répétitive sur tout ce que vous montrez ici dans une documentation condensée, qui est excellente, et qu'on le reproduisait en quelque sorte dans une campagne publicitaire, je pense que cela aurait un gros impact.

Le président : Honorables sénateurs, nous sommes ravis maintenant d'accueillir le deuxième groupe de témoins, encore une fois des personnes éminentes, en commençant avec Karen Hitchcock, rectrice et vice-chancelière de l'Université Queen's. J'ai eu le plaisir de petit-déjeuner avec elle il y a peu à l'occasion d'une délicieuse visite à Queen's pour une conférence sur la santé de la population.

She has an impressive background — president of the University of Albany in New York, also served in various capacities in Chicago, was a scientist and was funded by each in her own field of cell development and biology.

We are delighted to have you here, Ms. Hitchcock, and I will go ahead and introduce Kristan Aronson, Professor of Epidemiology at the Cancer Research Institute and the Queen's School of Environmental Studies. She is the founding director of the Queen's Institute of Population Health and Public Health and her research focuses on the environmental epidemiology of cancer.

Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor, Queen's University: Thank you for the invitation. I am delighted to have the opportunity to speak with you today on an issue of tremendous importance.

I began my tenure at Queen's in 2004 and have to put a plug in for Queen's. I had learned before my arrival that Queen's was an excellent institution, offering world-recognized excellence in research, teaching and public service. Canadian universities on the whole are recognized for such excellence, for innovation and for public service throughout the world.

As we all know, the success of Canadian universities rests in large part on commitments from, certainly, the provincial governments with direct and indirect support from the federal government as well.

As Senator Keon stated, I do come from south of the border. I am an American. I come from a university at Albany that is only slightly larger than Queen's and it had a school of public health. I was surprised to find when I arrived that Queen's did not have a school of public health, and probably more surprised to learn at that time that there were no schools of public health in Canada. That was about a year post-SARS and I have since learned that there is a lot of interest now in such schools. There was, however, until recently, little progress but progress is being made now in that regard.

Evidence gathered by the federal government's national advisory committee on SARS, which was chaired by David Naylor, and by this Senate's own inquiry, has revealed critical deficiencies in Canada's public health infrastructure. All reports agree that there is a deficiency in trained public health personnel in Canada, and little opportunity for those who are in the field to maintain and improve their skills over the course of their careers. While there are programs, they are limited and much need is there and this comes out in every report that I have read.

Also, scientific evidence for public health strategies and approaches to disease prevention are only marginally funded. There is little information and they are only marginally funded.

Son CV est impressionnant : présidente de l'Université d'Albany dans l'État de New York, divers postes à Chicago, scientifique titulaire de subventions de recherche dans sa spécialité de la biologie cellulaire et de la biologie du développement.

Nous sommes ravis de vous recevoir ici, madame Hitchcock, et je vais tout de suite présenter Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie à l'Institut de recherche sur le cancer et à l'École d'études environnementales de l'Université Queen's. Elle est la directrice fondatrice de l'Institut de la santé publique et des populations et ses recherches portent sur l'étiologie environnementale du cancer.

Karen Hitchcock, rectrice et vice-chancelière, Université Queen's : Merci de l'invitation. Je suis ravie de l'occasion de m'entretenir avec vous aujourd'hui d'un sujet d'énorme importance.

J'ai commencé ma carrière à Queen's en 2004 et je dois dire quelques mots de louange sur Queen's. Je savais avant mon arrivée que Queen's était une excellente université, renommée dans le monde pour sa recherche, son enseignement et son service public. Les universités canadiennes, dans leur ensemble, sont réputées pour cette excellence, leur innovation et leur service public partout dans le monde.

Comme nous le savons tous, le succès des universités canadiennes repose en grande partie sur le soutien, certainement des gouvernements provinciaux, avec en sus un appui direct et indirect du gouvernement fédéral.

Comme l'a indiqué le sénateur Keon, je viens du sud de la frontière. Je suis Américaine. Je viens d'une université d'Albany qui est légèrement plus grande que Queen's et qui avait une école de santé publique. J'ai été surprise de constater à mon arrivée que Queen's n'avait pas d'école de santé publique, et probablement encore plus surprise d'apprendre à l'époque qu'il n'existait aucune école de santé publique dans tout le Canada. C'était environ un an après l'épidémie de SRAS et j'ai constaté depuis un intérêt accru à créer de telles écoles. Cependant, jusqu'à tout récemment, peu de progrès étaient réalisés à cet égard, mais les choses sont en train de changer.

Selon des données recueillies par le comité consultatif national sur le SRAS du gouvernement fédéral et par l'enquête du Sénat lui-même, l'infrastructure de la santé publique au Canada comporte des lacunes importantes. Tous les rapports admettent une pénurie de professionnels de la santé publique au Canada et ceux qui travaillent dans ce domaine ont peu l'occasion de tenir à jour et d'améliorer leurs compétences au cours de leur carrière. Alors qu'il existe certains programmes de perfectionnement, les places sont limitées et le besoin est grand, et cela ressort de tous les rapports que j'ai lus.

En outre, les études scientifiques susceptibles de fonder des stratégies et démarches de santé publique en vue de prévenir les maladies ne sont que marginalement financées. Il y a une pénurie d'information et ces études ne sont que marginalement financées.

The interest exists to do this. The issue we have to address is how one goes about that in a cost-efficient but effective way. Graduate departments in universities have degrees, epidemiology unit disciplinary degrees and, more and more, multi-disciplinary degrees. Masters of Public Health as well are appearing.

My thesis is that schools of public health, actual defined entities, being more robust, would bring a greater visibility to the importance and a much better approach to education in the many different aspects of public health that are needed than the single programs that exist today.

At Queen's I have made it my own personal priority to work toward establishing a school of public health, and Professor Aronson has been a leader in that on campus. I know you will enjoy hearing from her about what we are doing particularly at Queen's, and it might be something that could be applied to other initiatives as well.

I have also been working with colleagues, principals, rectors and presidents from across the country. I believe in the packet you had a draft of a national response to the issues of public health with regard to education and research, and these colleagues come from B.C., Alberta, Toronto, McGill, Montreal, Dalhousie and Queen's. We have come together to talk about how to put an effective strategy together for educational and research needs that are so critical in the field of public health. That document is entitled *A National Strategy for Public Health Education and Research: The Canadian University Community's Response to Public Health Issues Facing Canada in the 21st Century*.

Public health by its very definition — all the programs, organizations and elements that go into it — is multi-disciplinary. Understanding and responding to public health issues like SARS, tar ponds in the Maritimes, sour gas on the Prairies, HIV/AIDS in Vancouver, the health disparities between Aboriginal populations and the rest of the country, and endemic conditions like smoking, obesity, injuries and asthma that affect all citizens, demands a multi-disciplinary approach based on evidence and expertise — so high-quality educational programs as well — and universities are well positioned to bring that kind of focus to this issue and do it in a coordinated and collaborative way.

The proposal we have put forth fits very well into the tradition of public health in this country. The federal government led the world, actually in 1974, with the Lalonde report, looking at the determinants of public health.

The health of individuals and populations is a reflection of the quality and availability of medical care, but it is much more important that it is a reflection of, or determined by, the environments in which our citizens live and work and learn. That is what this Senate subcommittee is all about. The study of those determinants, their interrelationships and amenability to public policy, reflects the work of what we define as public health.

Toutefois, l'intérêt à faire cette recherche existe. Le problème est de savoir comment les mener de manière rentable et efficace. Certaines universités offrent, aux cycles supérieurs, des programmes unidisciplinaires en épidémiologie et, de plus en plus, des diplômes multidisciplinaires. On voit également apparaître des maîtrises de santé publique.

Ma thèse est que des écoles de santé publique, en tant qu'entités distinctes et plus robustes, offriraient une plus grande visibilité, en soulignant l'importance du domaine, et seraient une meilleure approche de l'éducation sur les nombreux aspects différents de la santé publique que les programmes isolés qui existent aujourd'hui.

À Queen's, je me suis fixé comme priorité personnelle d'œuvrer pour la création d'une école de santé publique, et la professeure Aronson est un chef de file de ce mouvement sur le campus. Je sais que vous apprécierez d'entendre de sa bouche ce que nous faisons spécifiquement à Queen's, et cela pourrait peut-être inspirer également d'autres initiatives.

Je travaille également avec des collègues, des recteurs, présidents et directeurs d'autres établissements du pays. Je pense que dans la documentation vous avez une ébauche de stratégie nationale d'éducation et de recherche en santé publique, et ces collègues viennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de Toronto, de McGill, de Montréal, de Dalhousie et de Queen's. Nous nous sommes rassemblés pour esquisser une stratégie efficace pour satisfaire les besoins d'éducation et de recherche qui sont vitaux dans le domaine de la santé publique. Ce document est intitulé *A National Strategy for Public Health Education and Research: The Canadian University Community's Response to Public Health Issues Facing Canada in the 21st Century*.

La santé publique, de par sa définition — soit tous les programmes, organisations et éléments qui la composent — est multidisciplinaire. Afin de comprendre et réagir aux problèmes de santé publique tels que l'épidémie de SRAS, les étangs de goudron des Maritimes, les gaz sulfureux dans les Prairies, le VIH/sida à Vancouver, les disparités sanitaires entre les populations autochtones et les autres habitants du pays, et les problèmes de santé endémiques comme le tabagisme, l'obésité, les lésions et l'asthme qui touchent tous les citoyens, il faut avoir recours à une approche multidisciplinaire fondée sur la preuve et l'expertise, et les universités sont bien placées pour focaliser sur le sujet, et ce de manière coordonnée et concertée.

Notre proposition cadre très bien avec la tradition de ce pays en matière de santé publique. Le gouvernement fédéral a été le premier au monde, déjà en 1974 avec le rapport Lalonde, à se pencher sur les déterminants de la santé publique.

La santé des personnes et des populations dépend assurément de la qualité et de la disponibilité des soins médicaux mais elle est encore davantage déterminée par les milieux dans lesquels les individus vivent, travaillent et apprennent. C'est précisément là le sujet de l'étude de votre sous-comité sénatorial. L'étude de ces déterminants, de leur interdépendance et de la manière dont ils peuvent être influencés par la politique publique, relève du domaine de la santé publique telle que nous la définissons.

Important steps have been taken by Canadians and their elected representatives to correct weaknesses that exist in the national public health system. Most notable is the creation of the Public Health Agency of Canada — an important step towards meeting some of the issues we have been talking about.

There have been efforts to develop coherent strategies for pandemics, for influenza strategies preparedness, but a lot more needs to be done regarding the underlying problems in public health — again, particularly the lack of trained personnel in public health and the inadequate research into public health problems.

Our proposal envisages the creation of a public health consortium. We are calling it a Canadian association for public health research and education. It is meant to represent a coming together, a network if you will, of universities with schools of public health, other organizations and agencies around the dual goal of enhancing skills training, education and research.

The model that there be some schools of public health in Canada makes sense so we would seek to establish, or to enhance existing, schools of public health focused on producing more public health personnel, on providing critical continuing education for the existing workforce, and on encouraging and building up public health research and the translation of that research into applications on the ground. That nexus of theory and practice is probably more important in the field of public health than in almost any other field.

The national strategy we have proposed seeks to improve the health of the Canadian public and populations around the world. Our objectives are: to better equip public health facilities and personnel at local, provincial, federal and international levels to respond to epidemics and other public health emergencies; to address the complexity of public health issues through improved multi-disciplinary education and research programs targeted at public health, including management, knowledge transfer and intervention-based research; to bridge the gaps between academic and public health service delivery aspects to ensure that the education and training provided and research conducted are of the highest quality and relevance; to curb the multiple epidemics of chronic disease resulting from our modern economies and, hence, reduce the burden of illness and the distorting effects of health care services on government budgets; and to support the objectives of the Public Health Agency of Canada. We worked closely with it as we developed our strategy. It is an important unifying organization to help move resources to where they are needed; to ensure, with sensitivity to existing jurisdictional issues, that monies flow to the needs of local, provincial and federal governments for public health; and to develop strategic and tactical partnerships with community agencies. Delivery of public health is at the local level, and it is at the provincial and federal levels for organizations. It covers all jurisdictional levels. The public health agency can be an effective means to make that happen. It is important to create a national forum — academic institutions united in their commitment to public health across Canada so they can address and be aware of through dialogue

Les Canadiens et leurs élus ont pris des mesures importantes pour rectifier les faiblesses qui existent dans le système national de santé publique. Mentionnons en particulier la création de l'Agence de santé publique du Canada — un pas important vers la solution de certains des problèmes dont nous parlons.

Des efforts ont été déployés pour élaborer des stratégies cohérentes de lutte contre les pandémies, des stratégies de préparation à la grippe, mais beaucoup reste à faire pour régler les problèmes sous-jacents en matière de santé publique — et plus particulièrement la pénurie de personnel qualifié et l'insuffisance de la recherche sur les problèmes de santé publique.

Notre proposition vise à créer un consortium de la santé publique, que nous appelons l'Association canadienne pour l'enseignement et la recherche en santé publique. Il s'agirait en quelque sorte d'un rassemblement, d'un réseau si vous voulez, d'universités possédant des écoles de santé publique, d'autres organisations et agences autour du double objectif d'un renforcement de la formation professionnelle, de l'éducation et de la recherche.

Il semble rationnel d'avoir quelques écoles de santé publique au Canada, et nous chercherions donc à créer, ou renforcer, des écoles de santé publique de façon à former davantage de personnel de santé publique, d'assurer l'éducation permanente de la main-d'œuvre existante et d'encourager et renforcer la recherche et mettre ses résultats en application sur le terrain. Cette convergence de la théorie et de la pratique est probablement plus importante dans le domaine de la santé publique que dans pratiquement tout autre.

La stratégie nationale que nous proposons vise à améliorer la santé du public canadien et d'autres populations dans le monde. Nos objectifs sont de doter les établissements de santé publique et leur personnel d'un meilleur équipement, aux échelles locale, provinciale, fédérale et internationale, afin de pouvoir faire face aux épidémies et à d'autres situations d'urgence en matière de santé publique; aborder les questions complexes de la santé publique en offrant une formation et des programmes de recherche multidisciplinaires améliorés axés sur la santé publique, et notamment la gestion, le transfert des connaissances et l'intervention; réduire l'écart entre l'enseignement et la prestation des services de santé publique, afin que l'éducation et la formation et la recherche dans ce domaine soient de la plus haute qualité et pertinence; endiguer de nombreuses épidémies de maladies chroniques qui découlent de la vie moderne afin de diminuer le fardeau que les services de santé représentent pour les finances publiques; et appuyer les objectifs de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous avons travaillé en collaboration étroite avec cette dernière pour élaborer notre stratégie. C'est une organisation pivot importante lorsqu'il s'agit d'affecter les ressources là où elles sont nécessaires, d'assurer que les fonds servent à satisfaire les besoins en matière de santé publique des gouvernements locaux, provinciaux et fédéral tout en tenant compte du partage des pouvoirs, et élaborer des partenariats stratégiques et tactiques avec des organisations communautaires. La prestation des services de santé publique se fait au niveau local et les organisations se situent au niveau provincial et fédéral. La santé publique recoupe tous les niveaux

and collaboration the needs that exist in Canada, and be able to address them in a way that affects not only the province where the university happens to exist, but also the quality of public health across Canada and, in fact, across the world.

The funding for universities comes predominantly from the provinces as well as from tuition fees. Canadian universities are developing larger endowments but they are not great enough to support the urgency of need that exists in public health. It is difficult for Canadian universities to move rapidly to build new programs and launch new streams of research so the consortium of universities proposing this national strategy recognizes that considerable investments have already been made by the federal government in its attempts to correct and improve a very underdeveloped public health system in Canada. We are asking the federal government to do more, however. Canada has the opportunity to create an over-arching vision for an academic response and contributions to public health. Additional funding is required to support the objectives of the Public Health Agency of Canada. Many important programs have been developed but the funding is modest. Additional funding is required to reinvest in Canada's capacity to provide world-class public health professionals, educators and researchers.

A five-year funding commitment of the government, which is what we are envisioning at this time, would be in three major areas. The first is education of public health professionals and continuing education of existing professionals. It is in enhancing that continuing education piece where the impact can be most immediate. As an example, in Ontario there are some 4,000 public health nurses. Few, if any of them, are trained in public health. A continuing education model could be developed after an executive development program for people in other professions where the corporations taking the executive development refresher courses fund the programs. In this respect, the government would need to be that funder for public health professionals. Such continuing education programs addressed quickly could have an immediate effect, helped by the development of schools of public health and other programs to get degree programs lined up and people graduated.

Another audience for continuing education could be the military, given the need for emergency preparedness and the use of the military. Such programs could train military people involved in emergency preparedness on a continuing education basis for public health and they could be a dramatic and quick addition to trained public health personnel in Canada.

Education at all levels could be accomplished with continuing education as an initial rapid and effective way of quickly enhancing the level of quality of the public health professionals

de gouvernement. L'Agence de santé publique peut être un outil efficace de coordination. Il importe de créer un forum national un regroupement des établissements d'enseignement canadien unis dans leur engagement envers la santé publique au Canada afin que, par le dialogue et la concertation, ils puissent connaître les besoins existants dans le pays et y répondre, non seulement dans la province où se trouve l'université mais de manière à améliorer la qualité de la santé publique dans tout le Canada et même dans le monde entier.

Le financement des universités provient presque en totalité des provinces et des droits de scolarité. Les universités canadiennes commencent à acquérir des fondations plus importantes mais le montant reste insuffisant pour satisfaire les besoins urgents qui existent dans le domaine de la santé publique. Les universités canadiennes ont de la difficulté à réagir rapidement pour mettre sur pied de nouveaux programmes et lancer de nouvelles avenues de recherche. Le consortium d'universités proposant cette stratégie nationale reconnaît que le gouvernement fédéral a déjà effectué d'importants investissements pour tenter de rectifier et d'améliorer un système de santé publique canadien très sous-développé. Cependant, nous demandons au gouvernement canadien de faire plus. Le Canada a la possibilité de créer une vision globale de la contribution universitaire à la santé publique. Des fonds supplémentaires sont requis pour appuyer les objectifs de l'Agence de santé publique du Canada. De nombreux programmes importants ont été mis sur pied, mais leurs moyens sont modestes. Des crédits additionnels sont requis afin de réinvestir dans la capacité du Canada de former des professionnels, des enseignants et des chercheurs de classe mondiale dans ce domaine.

Un engagement financier quinquennal du gouvernement, comme nous l'envisageons en ce moment, porterait sur trois grands domaines. Le premier, est la formation de nouveaux professionnels de la santé publique et l'éducation permanente du personnel existant. C'est au niveau de l'éducation permanente que l'impact pourra être le plus immédiat. Par exemple, il existe en Ontario 4 000 infirmiers et infirmières de santé publique. Un très petit nombre d'entre eux, voire aucun, n'a une formation spécifique en santé publique. Un modèle d'éducation permanente pourrait être mis sur pied inspiré des programmes de formation de cadres dans d'autres professions financés par les entreprises qui s'en prévalent. En l'occurrence, le gouvernement devrait être le bailleur de fonds pour les professionnels de la santé publique. De tels programmes d'éducation permanente, mis sur pied rapidement, pourraient avoir un effet immédiat, parallèlement à la création d'écoles de santé publique et d'autres programmes commençant à former de nouveaux diplômés.

Un autre auditoire pour l'éducation continue pourrait être les forces armées, vu le recours aux militaires pour la protection civile. Ces programmes pourraient former à la santé publique les militaires participant à la protection civile sur la base d'une éducation permanente, et ce pourrait être là une façon rapide de multiplier le personnel de santé publique formé au Canada.

L'éducation à tous les niveaux pourrait être assurée en commençant par l'éducation continue comme un moyen initial rapide et efficace d'accroître la compétence des professionnels de

that we have. The quality of that education flows directly from the research. Universities are not the exclusive place for such research but, certainly, research is one of their prime missions.

The second commitment is funding more research in public health and intervention, prevention and knowledge transfer. Currently, the public health agency has developed some research in practice chairs. Enhancing and expanding that program would be important in order to draw the kind of people needed in the university setting to carry out this work.

I keep coming back to this nexus of theory and practice. We need to fund closer links between the knowledge producers and the knowledge users — the public health professionals, researchers and students — so that we can have accountability in public health program delivery. Thus, that nexus becomes very important.

To fund capital infrastructure and information technology, there has been a wonderful investment in Canada Health Infoway, which is a communications strategy for public health across the country. Dr. Anand has spoken to the need for better communications to be able to track people and to have good data analysis and communications. All of that is critical. A good start has been made so it is important to continue with it and look at ways to improve it. Universities can be helpful. Every element of public health should be a node on that network. All of it should be brought together so that data can be tracked and data analysis can be enhanced as you look for causes of disease.

A commitment at the federal level to enhance the capability of Canada's post-secondary education sector would enable us to leverage funding from the provinces and territories to invest in public health education. Right now, the university consortium is carrying out a detailed needs analysis so that we can provide guidance on the magnitude of what such an investment would need to be. Various institutions are at different levels of their development — for example, some have schools, some are getting ready to have a school. Some are looking at just a single degree program which they would like to expand or looking at the network of institutions, organizations and continuing education programs that would be necessary. We hope to have that in the next month or two.

We look forward to continuing this initiative and to talking with you about what we are doing. Thank you for the opportunity to appear before you.

The Chair: Thank you, Ms. Hitchcock. I apologize for my voice. This is a key area that we must address in our report namely, the human resource situation that exists now. Many good things have happened, including the new Public Health Agency of Canada and the beefing up of the provinces in public health, but there is a tremendous lack of human resources. I am personally

la santé publique que nous possédons. La qualité de cette éducation dépend directement de la recherche. Les universités ne sont pas les seules à faire de la recherche, mais la recherche constitue certainement l'une de leurs missions primordiales.

Le deuxième engagement serait de financer davantage de recherche en santé publique, notamment au chapitre de l'intervention, de la prévention et du transfert des connaissances. L'Agence de santé publique a déjà créé quelques chaires de recherche appliquée. Il importe d'étendre et d'intensifier ce programme afin d'attirer dans le milieu universitaire le type de chercheurs pouvant mener à bien ce travail.

Je reviens encore à la convergence de la théorie et de la pratique. Il faut financer des liens plus étroits entre les producteurs et les utilisateurs du savoir — les professionnels de la santé publique, les chercheurs et les étudiants — de façon à avoir une meilleure reddition de comptes quant à la prestation des programmes de santé publique. Cette convergence est donc très importante.

Au chapitre du financement de l'infrastructure physique et informatique, il y a eu un merveilleux investissement dans l'Inforoute Santé du Canada, qui représente une stratégie de communication à l'échelle nationale dans le domaine de la santé publique. La Dre Anand a parlé de la nécessité de meilleures communications afin de pouvoir suivre les individus et assurer une bonne analyse et transmission des données. Tout cela est essentiel. C'est donc un bon début mais il importe de poursuivre l'effort et de chercher à améliorer le système. Les universités peuvent être utiles. Chaque élément de la santé publique pourrait être un point névralgique dans ce réseau. Tous doivent être mis en communication afin que ces données puissent être suivies et de renforcer l'analyse des données aux fins de la recherche des causes des maladies.

Un engagement au niveau fédéral de renforcer la capacité du secteur éducatif postsecondaire canadien nous offrirait un levier financier pour obtenir des fonds des provinces et territoires à investir dans l'éducation en santé publique. Actuellement, le consortium d'universités effectue une analyse détaillée des besoins de façon à pouvoir chiffrer l'ampleur de l'investissement requis. Les divers établissements en sont à des niveaux de développement différents — par exemple, certains ont des écoles, d'autres se préparent à en créer une. Certains envisagent simplement un programme à diplôme unique qu'ils aimeraient agrandir ou réfléchissent au réseau d'institutions, organisations et programmes d'éducation continue qui seraient nécessaires. Nous espérons avoir cela dans un ou deux mois.

Nous comptons poursuivre le travail sur cette initiative et ne manquerons pas de vous tenir au courant de ce que nous faisons. Merci de votre invitation à comparaître.

Le président : Merci, madame Hitchcock. Veuillez m'excuser, la voix me fait défaut. Il s'agit là d'un aspect crucial dont nous devons traiter dans notre rapport, à savoir la pénurie actuelle de ressources humaines. Beaucoup de choses ont déjà été faites, notamment la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada et l'action renforcée des provinces dans le domaine de

delighted that the university establishment is addressing this because there is little guidance at this point in time. We will be relying on your guidance in our report.

I had the privilege of talking to you at some length one on one, so I will not take any more of your time because only 20 minutes remain. I want to let the senators ask you some questions. I will come back with whatever time is left.

Senator Pépin, who is vice-chair of this committee, will begin the questioning.

Senator Pépin: We had our first public health and school university in 2006. It was at the University of Alberta. L'Université de Montréal has one in the planning, as does the University of Toronto. You will also do one. You will start on the right foot.

Ms. Hitchcock: Yes.

Senator Pépin: You mentioned the original school of public health. What do you mean by "original school of public health"? Are there many differences between those schools and the universities and schools of public health? Is it other schools of public health? Should we only have public health at university? I understood that we should have regional schools, too. Did I misunderstand you?

Ms. Hitchcock: I was probably unclear there. I meant that it would be within the university, not a free-standing school. It would be one located in a way that it could deal with issues of a certain catchment area or region, but it would be within a university and networked to all the others around the country.

Senator Pépin: You spoke about the participation of the provincial governments and the federal government, but what level of participation by the federal government would you consider to be reasonable?

Ms. Hitchcock: With regard to types of investments, certainly research. The people and the research chairs that the public health agency has already spoken to is a logical place for federal investment.

There are also the skills training components. It is hard for me to envision a part of public health that does not fit a national jurisdiction because, by its very definition, it impacts the entire country as issues elsewhere impact the entire country. There is a global aspect as well as an international one.

With regard to the faculty, there are the chairs that could be established at an institution. Funding through the public health agency for skills training and continuing education programs would probably be carried out through such schools.

Senator Pépin: Would we have more personnel such as nurses and medical doctors?

la santé publique, mais le manque de ressources humaines est aigu. Je suis personnellement ravi que les universités prennent l'initiative, car il y a peu d'impulsion venant d'en haut à ce stade. Nous ferons appel à vos conseils pour la rédaction de notre rapport.

J'ai eu le privilège de m'entretenir avec vous en tête-à-tête, et je ne vais donc pas accaparer plus de temps, car il ne nous reste que 20 minutes. Je veux permettre aux autres sénateurs de poser quelques questions. S'il nous reste du temps, j'en poserai moi-même.

Le sénateur Pépin, la vice-présidente du comité, va entamer la période des questions.

Le sénateur Pépin: Nous avons eu notre première   cole de santé publique universitaire en 2006. C'était à l'Université de l'Alberta. L'Université de Montréal en projette une, tout comme l'Université de Toronto. Vous aussi allez en créer une. Vous partirez du bon pied.

Mme Hitchcock: Oui.

Le sénateur Pépin: Vous avez fait état de l'  cole de santé publique initiale. Qu'entendez-vous par "  cole de santé publique initiale"? Existe-t-il beaucoup de différences entre ces écoles et les universités et les écoles de santé publique? Existe-t-il d'autres écoles de santé publique? La santé publique devrait-elle être enseignée uniquement dans les universités? J'ai cru comprendre que vous préconisez également des écoles régionales. Ai-je mal compris?

Mme Hitchcock: Je n'ai probablement pas été claire. Je parlais d'écoles à l'intérieur des universités, et non pas autonomes. Ce serait une   cole située de façon à pouvoir couvrir les problèmes d'une certaine aire de drainage ou région, mais elle serait située à l'intérieur d'une université et en communication avec toutes les autres du pays à l'intérieur du réseau.

Le sénateur Pépin: Vous avez parlé de la participation des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral, mais quel niveau de participation du gouvernement fédéral jugeriez-vous raisonnable?

Mme Hitchcock: Du point de vue des types d'investissements, il y aurait certainement la recherche. Les chaires de recherche que l'Agence de santé publique s'est déjà engagée à financer sont une destination locale de l'investissement fédéral.

Il y a également le volet formation professionnelle. Je ne vois aucune partie de la santé publique échappant à la compétence nationale parce que, par définition, elle concerne tout le pays du fait que les problèmes survenant en un lieu touchent tout le pays. Il y a aussi une dimension planétaire, ainsi qu'internationale.

Pour ce qui est du corps enseignant, des chaires pourraient être créées dans divers établissements. La formation professionnelle et les programmes d'éducation permanente financés par l'Agence de santé publique seraient probablement assurés par ces écoles.

Le sénateur Pépin: Aurons-nous davantage de personnel tel qu'infirmières et médecins?

Ms. Hitchcock: Exactly. There are so many different areas of types of personnel, be it an epidemiologist like Ms. Aronson or someone who is in emergency preparedness. That is a whole other area.

The birth of public health was food safety and water safety, so civil engineering. It is a multidisciplinary field and it is multidisciplinary in the environment. That is why a university environment makes sense because so many disciplines need to be involved.

To answer your question, I see the federal involvement — at least, as I understand the jurisdictional issues — as being a partnership not only with provinces, as provinces help to support the enrolment and support of students, but also with regard to the research and skills training component.

Senator Pépin: Thank you.

The Chair: Ms. Hitchcock, as the university consortium moves forward, which I think is terrific, are you interfacing, for example, with the federal-provincial public health establishment? Maybe Ms. Aronson can refer to this. Senators, Ms. Aronson did not have a formal presentation ready, but she is here to answer your questions.

The federal-provincial arrangements that the new public health agency is functioning under seem to be good. It seems to be working out well. I perceive there would be a tremendous opportunity for an evaluation of the human resource needs that the academic establishment across the country wants to address. Have you established any links yet as the consortium embarks on its fact-finding mission? Have you established any linkage with the federal-provincial meetings?

Ms. Hitchcock: We have worked closely with the Public Health Agency of Canada. We are aware of their particular directions and the particular approaches they are taking with regard not only to subject areas but also to that federal-provincial nexus. Ms. Aronson might want to add to that.

Kristan Aronson, Professor of Epidemiology, Queen's University: Ms. Hitchcock has met often with Dr. David Butler-Jones about these issues. At the provincial level, it was the province that gave Queen's University a grant to write a proposal for a school of public health. We were not given too much guidance, to be honest, but we had some guidance on the research areas in which they wanted to see expertise coming from the university. They are interested in affiliate agreements between universities in Ontario at the provincial level. We have worked with our counterparts in both the federal and provincial government and will continue to do so.

Jamie Hocjin, within the PHAC, has been in touch with us. Several people are trained already at Queen's in the executive leadership program, or MBA. It has an excellent reputation. Our idea there is to bring people from public health to the university and to work together to develop an executive leadership-type of

Mme Hitchcock : Exactement. Il faut un grand nombre de catégories de personnel, qu'il s'agisse d'épidémiologistes comme Mme Aronson ou de quelqu'un spécialisé dans la protection civile, laquelle représente tout un domaine à part.

À l'origine de la santé publique il y avait la salubrité des aliments et de l'eau, et il existe donc une dimension génie civile. C'est un domaine multidisciplinaire et un environnement multidisciplinaire. C'est pourquoi le cadre universitaire est indiqué, parce qu'un si grand nombre de disciplines doivent être mises en jeu.

Pour répondre à votre question, je conçois la participation fédérale — selon ce que je sais des questions de partage des pouvoirs — comme un partenariat non seulement avec les provinces, lesquelles appuient financièrement les étudiants, mais aussi du point de vue du volet recherche et formation professionnelle.

Le sénateur Pépin : Merci.

Le président : Madame Hitchcock, au fur et à mesure que le consortium d'universités se précise, ce que je trouve excellent êtes-vous en relation avec le système de santé publique fédéral-provincial? Peut-être Mme Aronson pourrait-elle en traiter. Sénateurs, Mme Aronson n'avait pas de mémoire formel prêt à présenter, mais elle est disponible pour répondre à vos questions.

L'arrangement fédéral-provincial sous le régime duquel fonctionne la nouvelle Agence de santé publique semble bon. Cela semble bien fonctionner. J'ai l'impression qu'il y aurait là une excellente occasion d'évaluer les besoins en ressources humaines que le monde universitaire à travers le pays veut satisfaire. Avez-vous déjà noué des contacts au moment où le consortium entame sa mission de formation? Avez-vous établi des liens avec les réunions fédérales-provinciales?

Mme Hitchcock : Nous collaborons étroitement avec l'Agence de santé publique du Canada. Nous connaissons ses orientations particulières et les démarches qu'elle suit, non seulement par rapport aux différentes disciplines mais aussi aux relations fédérales-provinciales. Peut-être Mme Aronson voudrait-elle ajouter un mot.

Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie, Université Queen's : Mme Hitchcock a souvent rencontré le Dr David Butler-Jones à ce sujet. Au niveau provincial, c'est la province qui a accordé à l'Université Queen's une subvention pour rédiger une proposition en vue de la création d'une école de santé publique. Nous n'avons guère reçu de directives, pour parler franchement, mais nous avons eu quelques indications quant aux domaines de recherche pour lesquels la province souhaite les avis experts de l'université. Elle est intéressée par des accords de coopération entre universités ontariennes, au niveau provincial. Nous nous concertons avec nos homologues tant du gouvernement fédéral que provincial et continuerons de le faire.

Jamie Hawkin de l'ASPC est en contact avec nous. Plusieurs personnes sont déjà formées à Queen's dans le cadre du programme au MBA de leadership des cadres. Il jouit d'une excellente réputation. Notre idée est d'amener des cadres de l'Agence à l'université et de collaborer pour mettre au point un

idea within public health. Jamie Hocjin and I have been talking about this. First, the PHAC is doing an environmental scan across the country to see where the expertise is in this type of thing.

I will add one more thing. Continuing education is all the way from a one-day workshop on a particular subject that we need to know about quickly, through to this training of managers or higher-level people who show potential to be leaders in an area. That would be more the executive training. On the whole, it is a massive number of people.

Women who are trained as nurses often do not want to work shift work. Where do they go — public health. That is great and altruistic of them to do, but they have no specific training in public health. That is a real issue. While they are in the field, they cannot leave their job for financial and family reasons and then they need quick training that is accessible to them, either through distant education or through coming in for short bursts of intensive skills training that they can take back to the public health units. Those are some of our ideas and our connections, both at the provincial and federal level.

The Chair: Thank you.

Senator Fairbairn: Thank you both very much. It is uplifting and encouraging listening to you.

When you were talking about our soldiers and the situation that they have wilfully chosen to put themselves into, I wondered how we could help those who come back home with difficulties. It popped into my mind how sometimes putting things together that you had not thought of previously, produces something quite terrific.

Do you know anything about the program that has been engaged in the last year called Soldier On? It is a combination of the Department of National Defence and the Canadian Paralympic Committee. Carleton University has been very involved with it.

Our Paralympians have met with soldiers and encouraged them to get into sledge hockey, for example, that these things can be done. They are an amazing group themselves. I do not know how far it has gone — and I am very much involved with the Paralympic movement — but it has had quite a bit of interest and success in that it has, right off the bat, startled our soldiers into thinking: Good grief! On the other hand, if you look at those who are working with them, you think: They, too, have difficulties and they are doing it.

This has apparently had a positive response once they psychologically get through the whole thing. It has been a positive experience for some of our young soldiers who have come back and discovered that there are ways to carry on. I am wondering if you had heard of that program at all.

genre de programme de leadership pour les cadres de la santé publique. Jamie Hawkin et moi en avons parlé. L'ASPC va tout d'abord dresser un état des lieux à travers le pays pour voir où se situe l'expertise dans ce domaine.

J'ajouterais encore une chose. L'éducation permanente peut aller d'un atelier d'un jour sur un sujet donné avec lequel il faut se familiariser rapidement jusqu'à cette formation de cadres ou de gens de haut niveau offrant le potentiel de devenir des leaders dans un domaine. Ce serait davantage une formation de gestionnaires. Au total, cela représente un nombre énorme de personnes.

Les femmes ayant une formation d'infirmière ne veulent souvent pas faire de travail posté. Où vont-elles? Dans la santé publique. C'est excellent et très altruiste de leur part, mais elles n'ont pas de formation spécifique en santé publique. C'est un vrai problème. Tant qu'elles sont sur le terrain, elles ne peuvent quitter leur poste pour des raisons financières et familiales, et ensuite elles ont besoin d'une formation rapide et accessible, soit sous forme d'éducation à distance soit de brefs cours intensifs de perfectionnement professionnel qui leur serviront dans les unités de santé publique. Voilà quelques-unes de nos idées et de nos connexions, tant au niveau provincial que fédéral.

Le président : Merci.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. Il est rassurant et encourageant de vous entendre.

Lorsque vous avez parlé de nos soldats et de la situation dans laquelle ils ont volontairement choisi de se placer, je me suis demandé comment nous pouvions aider ceux qui reviennent avec des séquelles. Il m'est venu à l'esprit que, parfois, le fait de mettre ensemble des choses auxquelles on n'avait pas songé auparavant peut produire quelque chose de très positif.

Connaissez-vous un programme lancé l'an dernier du nom de Soldats en mouvement? Il s'agit d'une coopération entre le ministère de la Défense nationale et du Comité paralympique canadien. L'Université Carleton y a beaucoup contribué.

Nos athlètes paralympiques ont rencontré des soldats et les ont encouragés à se lancer dans le hockey sur luge, par exemple, pour leur montrer que ces choses sont possibles. Ils sont eux-mêmes un groupe étonnant. Je ne sais pas jusqu'où les choses sont allées — et je suis moi-même très impliqué dans le mouvement paralympique — mais ce programme a suscité pas mal d'intérêt en ce sens que, au départ, nos soldats se sont sentis un peu secourus à l'idée. Puis ils se sont rendu compte que ceux qui travaillent avec eux ont aussi leurs difficultés et ne se laissent pas arrêter pour autant.

Ce programme a apparemment reçu un bon accueil, une fois qu'ils ont réussi à surmonter la barrière psychologique initiale. Cela a été une expérience positive pour certains de nos jeunes soldats de retour de la guerre qui ont découvert qu'il y a des façons de s'en sortir. Je me demandais si vous aviez entendu parler de ce programme.

Ms. Hitchcock: Actually, I have heard of the program. I did not know it was called Soldier On, but I know the head of Carleton University and so I am aware of the program. It is exciting.

Senator Fairbairn: We were very involved in that, and it has made a difference with some soldiers. Is that the kind of thing that you think would be useful, depending on the issue?

Ms. Hitchcock: It certainly would be useful. Part of what we had been thinking about in conversations with our colleagues of course, you know the Royal Military College is in Kingston was the issue of the increased use of our military in emergency preparedness situations. There is a slightly different nuance to what you are saying.

It was really given the fact that they are often thrust into situations of emergency as first responders. Public health training, be it in a continuing education or an executive training kind of situation, could be helpful and quickly increase the number of people who could be trained in public health when they are thrust into an emergency situation. It is a capacity-building kind of strategy.

The more those relationships grow, however, the more opportunities like Soldier On appear.

Senator Fairbairn: It speaks out, especially to the younger ones coming in, that there is another life.

Senator Cochrane: Ms. Hitchcock, in your brief you made reference to the underlying infrastructure problems that we have in public health here in Canada.

From your perspective, what are some of the most pressing infrastructure needs that we face now?

Ms. Hitchcock: I think the major one, to use the word "infrastructure" in an inclusive way, is the issue of trained personnel. That is the major infrastructure issue.

We have programs of different types, many very good ones, but if you look at the place of delivery, such as the local community, we have large deficits. There are wonderful studies. The Naylor report and others have quantified some of those shortfalls. I would say that is the major one.

Research is hard to separate from that because what you teach derives ultimately from quality research on intervention and public health practice.

Senator Cochrane: You are talking about doctors and nurses. Is that right?

Ms. Hitchcock: Doctors and nurses, epidemiologists, people in areas of safety, microbiologists and technologists. You might want to add to the list. We have deficits in all of those areas.

I think one of the needs analysis issues we are discussing is looking across all of those personnel needs and quantifying what it would take to bring people in the field up to a higher standard

Mme Hitchcock : Oui, effectivement. Je ne savais pas qu'il s'appelait Soldats en mouvement, mais je connais le doyen de l'Université Carleton et il m'a parlé de ce programme. Il semble excellent.

Le sénateur Fairbairn : Nous avons beaucoup travaillé là-dessus et il a fait une différence pour certains soldats. Est-ce là le genre de chose qui vous paraît utile, selon la nature du problème?

Mme Hitchcock : Ce serait certainement utile. Ce à quoi nous réfléchissions dans nos conversations avec nos collègues — bien entendu, le Collège militaire royal se trouve à Kingston — c'était le recours accru aux forces armées en situation de catastrophe. C'est une dimension un peu différente de celle que vous évoquiez.

Souvent, les militaires se trouvent plongés dans des situations de crise comme premiers intervenants. Une formation en santé publique, que ce soit sous forme d'éducation continue ou d'un stage de leadership de dirigeant, pourrait être utile et accroître rapidement le nombre des personnes ayant une formation en santé publique lorsqu'ils se trouvent plongés dans des situations de crise. C'est une stratégie de type édification de capacité.

Mais plus ces relations se développent, plus apparaissent des opportunités comme Soldats en mouvement.

Le sénateur Fairbairn : Cela montre, surtout aux plus jeunes qui rentrent, qu'il existe une autre vie.

Le sénateur Cochrane : Madame Hitchcock, dans votre mémoire vous avez parlé des problèmes infrastructurels sous-jacents que nous avons au Canada dans le domaine de la santé publique.

Selon votre optique, quels sont les besoins infrastructurels les plus pressants?

Mme Hitchcock : Le principal, pour employer le mot « infrastructure » au sens large, est la pénurie de personnel qualifié. C'est le plus gros problème infrastructurel.

Nous avons des programmes de différents types, dont beaucoup sont excellents, mais si vous regardez ce qui se passe sur le lieu de la prestation, c'est-à-dire la collectivité locale, il existe de gros déficits. Il existe de merveilleuses études. Le rapport Naylor et d'autres ont quantifié certains de ces déficits. Je dirais que le personnel est le plus gros.

Il est difficile de séparer la recherche de cet aspect, car ce que vous enseignez provient finalement d'une recherche de qualité sur l'intervention et la pratique de santé publique.

Le sénateur Cochrane : Vous entendez par-là les médecins et infirmières. Est-ce exact?

Mme Hitchcock : Les médecins et infirmières, les épidémiologistes, les spécialistes de la sécurité, les microbiologistes et technologistes. On peut continuer la liste. Nous avons des déficits dans tous ces domaines.

L'une des analyses de besoins dont nous parlons recense tous ces besoins en personnel et détermine ce qu'il faudrait pour porter à un niveau de formation supérieur tous ceux travaillant sur le

of expertise as well as new people entering the field, which will take incentives and education that there is another career path for people interested in the human life sciences.

Senator Cochrane: Is that the same right across the country?

Ms. Hitchcock: Yes. I am speaking from a national perspective now. Certainly there are areas that are better served. Certainly Aboriginal northern communities are underserved more than other areas. There are particular areas of the country that have greater needs.

Senator Cochrane: You say that the national strategy you and your partners are proposing would require federal investment. What level of investment are you talking about? Have you determined a dollar figure? Have you presented your proposal to the Minister of Health or to government officials? If so, how was it received?

Ms. Hitchcock: We are in the midst of the needs analysis as we speak. We hope to have it completed by the end of this month or next month.

The needs analysis will address the training aspects. It will investigate different programs that exist but need to be enhanced. It will create a number of schools spread across the country, and there will be research and communications issues. Some of these things are being addressed, albeit modestly at this point, through the Public Health Agency of Canada.

Certainly, the \$100-million investment in Infoway is a wonderful beginning because communications is such an important piece of the infrastructure. We are in the midst of doing that right now. We have been working with the Minister of Health's office and the public health agency so they are aware of what we are doing, and that definitive proposal for exact needs will be forthcoming in a month or two.

Senator Cochrane: That is good to hear.

The Chair: We fundamentally have two minutes left. As chair of the committee, I want to ask you something important. Senator Brown, do you have an urgent question? I do not want to preempt you.

Senator Brown: No.

The Chair: At the community level, when in fact you begin to solve the human resource problem and people become available, do you think these people would be best integrated into community centres with community health teams and community social services, et cetera, or should the public health officers be linked more closely with the upper echelon of public health activities at the provincial level?

terrain, ainsi que les nouveaux arrivants dans le domaine, ce qui suppose des encouragements et une sensibilisation pour montrer qu'il existe une nouvelle voie de carrière pour ceux qui s'intéressent aux sciences de la vie humaine.

Le sénateur Cochrane : La situation est-elle la même dans tout le pays?

Mme Hitchcock : Oui. Je m'inscris là dans une optique nationale. Certes, certaines régions sont mieux desservies. Certaines localités autochtones du Nord sont plus mal desservies que d'autres. Il existe des régions particulières du pays connaissant de plus grands besoins.

Le sénateur Cochrane : Vous dites que la stratégie nationale que vous et vos partenaires proposez exigerait un investissement fédéral. De quel niveau d'investissement parlez-vous? Avez-vous calculé un chiffre? Avez-vous présenté votre proposition au ministre de la Santé ou à des fonctionnaires? Si oui, comment a-t-elle été reçue?

Mme Hitchcock : Nous sommes au milieu de l'analyse des besoins en ce moment. Nous espérons l'avoir terminée d'ici la fin de ce mois ou le mois suivant.

L'analyse des besoins couvrira la formation. Elle examinera différents programmes existants mais qui ont besoin d'être renforcés. Plusieurs écoles devront être créées, disséminées à travers le pays, et il y aura un besoin de recherche et de communication. Certaines de ces choses sont déjà entreprises, mais à une échelle modeste jusqu'à présent, par l'Agence de la santé publique du Canada.

En tout cas, l'investissement de 100 millions de dollars dans l'Infoway est un merveilleux début parce que les communications représentent un élément si important de l'infrastructure. Nous sommes donc en train de chiffrer les besoins. Nous collaborons avec le cabinet du ministre de la Santé et l'Agence de santé publique afin qu'ils soient au courant de ce que nous faisons, et cette proposition chiffrant précisément les besoins sera disponible dans un mois ou deux.

Le sénateur Cochrane : Je suis ravie de l'entendre.

Le président : Il nous reste à peu près deux minutes. En tant que président du comité, j'aimerais poser une question importante. Sénateur Brown, avez-vous une question urgente? Je ne veux pas vous évincer.

Le sénateur Brown : Non.

Le président : Au niveau communautaire, lorsque vous commencerez à résoudre le problème des ressources et que du personnel deviendra disponible, pensez-vous qu'il vaudra mieux intégrer ce personnel dans les centres communautaires, avec des équipes de santé communautaire et les services sociaux communautaires et cetera, ou bien les agents de santé publique devraient-ils plutôt être situés à l'échelon supérieur des activités de santé publique, au niveau provincial?

Ms. Hitchcock: My answer is “yes” to both questions but for different reasons. Given the fact that environmental, social and behavioural issues are so much a part of the determinants, having close linkages with agencies that deal with those directly is a good thing.

A critical issue, however, is that the entire public health apparatus of the country be networked so that you can have search capacity when there is a regional issue. The data across the regions must be brought together.

My background in this is the CDC, Centers for Disease Control, model in the United States. The CDC, which may be a counterpart of the Public Health Agency of Canada, is the governmental coordinating mechanism that recommends and sets standards across the country and has data protocols. They have ways to communicate across all of the agencies. An important note on that network is the New York State Department of Health which, second to the CDC, is the largest. The CDC acts not so much as a regulator as a facilitator of collaboration.

Having protocols for data reporting across all the aspects of public health is absolutely critical to quality public health delivery. Standards must be met, otherwise the data reporting does not provide the ability to determine the cause of a particular epidemic or issue. You need that, and the CDC acts in that coordinating role. It is a powerful model.

The linkage of public health not being isolated from agencies that can address some of the determinants around chronic disease issues is important as well, but there is a different rationale for it.

Ms. Aronson: Although clinics would be important, it may be too much in a medical model. As Ms. Hitchcock says, connection to the community agencies that are interested in increasing physical activity and decreasing obesity, et cetera, and legislative infrastructure are important pieces of public health that you do not think of in the more medical model of a community-based clinic.

The Chair: The thinking that is evolving from our information in population health is to move away from the medical model — in other words, to have a model that can embrace the dozen or more determinants of health.

Ms. Aronson: That is good and the interactions of those.

The Chair: That is right in order that healthy living and so forth can be promoted, and definitely not through the health care delivery system.

Ms. Aronson: That is encouraging.

The Chair: It should be allied with the health care delivery system.

Mme Hitchcock : Ma réponse est oui aux deux questions, mais pour des raisons différentes. Étant donné que les conditions environnementales, sociales et comportementales sont tellement indissociables des déterminants, le fait d'avoir des liens étroits avec les organismes qui traitent directement de ces aspects est une bonne chose.

Mais il est primordial, toutefois, que tout l'appareil de santé publique du pays soit relié en réseau, afin d'avoir une capacité de recherche lorsqu'il se pose un problème régional. Il faut pouvoir mettre ensemble les données de toutes les régions.

Mes antécédents se situent dans le modèle du CDC, Center for Disease Control, aux États-Unis. Le CDC, qui est peut-être l'homologue de l'Agence de santé publique au Canada, est le mécanisme gouvernemental de coordination qui recommande et fixe les normes pour tout le pays et possède des protocoles de traitement des données. Il a des moyens de communiquer avec toutes les agences. Un élément important de ce réseau est le Department of Health de l'État de New York qui est la plus grosse agence après CDC. Le CDC n'a pas tant pour rôle de réglementer que de faciliter la collaboration.

L'existence de protocoles de transmission des données entre tous les domaines de la santé publique est absolument vitale pour la qualité des services de santé publique. Les normes doivent être respectées, sinon les données rassemblées ne permettent pas de déterminer la cause d'une épidémie ou d'un problème particulier. C'est indispensable, et le CDC joue ce rôle de coordination. C'est un excellent modèle.

Le fait que la santé publique ne soit pas isolée des organismes qui peuvent agir sur certains des déterminants des maladies chroniques est important également, mais cela obéit à une logique différente.

Mme Aronson : Bien que les cliniques soient importantes, elles représentent peut-être un modèle trop médical. Comme le dit Mme Hitchcock, la liaison avec les agences communautaires qui encouragent l'activité physique et luttent contre l'obésité, et cetera, et avec l'infrastructure législative représente un aspect important de la santé publique qui serait négligé dans le cadre plus médical d'une clinique communautaire.

Le président : La conception qui émerge de nos données sur la santé de la population n'est pas en faveur du modèle médical autrement dit, elle penche pour un modèle qui puisse couvrir la douzaine ou plus de déterminants de la santé.

Mme Aronson : C'est juste, et aussi les interactions entre ces déterminants.

Le président : Tout à fait, et ce afin de pouvoir promouvoir une vie saine et ainsi de suite, et certainement pas par le biais du système des soins de santé.

Mme Aronson : C'est encourageant.

Le président : Mais il faut une alliance avec le système des soins de santé.

Unfortunately, we are out of time. The human resource component is a very important part of our report and we are delighted that the universities have taken this on, and we are delighted with the leadership from Queen's. Thank you for coming here.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Friday, April 18, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning, ladies and gentlemen, honourable senators. This is truly an exciting day for us in the Senate Subcommittee on Population Health to have such an outstanding group of people around the table to help us find our way in our report.

As you know, we have issued four preliminary reports. The first was on the international scene as it relates to population health. We tabled our second report after our visit to Cuba. Fundamentally, we wanted to look at Cuba's polyclinic structure, which fascinated us along with their statistics. Cuba has the health status of a developed country. It is very similar to our own and well ahead of the other Latin American countries. In many areas, it is well ahead of the United States of America. We were interested in how they achieved that outcome. That study and its conclusions constituted our second report.

The third report catalogued what exists in Canada at the federal, provincial and territorial levels. At the end of that report, I wrote a statement and that is one reason we have called on all of you to come help us find our way in the fourth report.

The final paragraph in the third report indicates that despite all of the resources that Canada has poured into health, we really have not achieved the desired outcomes. Various data shows that we are not doing nearly as well as we would like from a health point of view. The WHO data ranks us ninth among thirty countries in terms of life expectancy of women. Ms. Bégin may reference this data later. UNICEF ranks us twelfth out of twenty-one industrialized countries in terms of children's well-being. The most disturbing report I think is the recent Euro-Canada Health Consumer Index that places us twenty-third out of thirty in Total

Nous manquons malheureusement de temps. Le volet ressources humaines est une partie très importante de notre rapport et nous sommes ravis que les universités s'attellent à cette tâche et nous sommes ravis de l'initiative de Queen's. Merci d'être venues.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le vendredi 18 avril 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et les diverses situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs, honorables sénateurs, bonjour. C'est vraiment enthousiasmant, pour les membres du Sous-comité sur la santé des populations, de voir qu'un groupe de gens distingués comme vous soyez venus participer au processus qui va mener à la rédaction de notre rapport.

Comme vous le savez, nous avons publié quatre rapports préliminaires. Le premier portait sur ce qui se passe à l'échelle internationale dans le domaine de la santé des populations. Nous avons déposé notre second rapport après un voyage à Cuba. Notre but principal était d'examiner la structure des polycliniques de Cuba, qui nous fascinait, tout comme les chiffres concernant le pays. Au chapitre de la santé, Cuba est sur un pied d'égalité avec les pays industrialisés. La situation là-bas ressemble beaucoup à la nôtre, et Cuba est bien en avance sur les autres pays de l'Amérique latine. Dans beaucoup de domaines, ce pays est très en avance sur les États-Unis. Nous nous sommes intéressés à la façon dont le pays s'y est pris pour obtenir de tels résultats. L'étude que nous avons effectuée et les conclusions que nous avons tirées à l'issue de celle-ci font l'objet de notre second rapport.

Dans le troisième rapport, nous avons dressé la liste des ressources qui existent au Canada à l'échelon fédéral, dans les provinces et dans les territoires. À la fin de ce rapport, j'ai rédigé une déclaration qui constitue l'une des raisons pour lesquelles nous avons fait appel à vous tous dans le cadre du processus qui va mener à la rédaction de notre quatrième rapport.

Au dernier paragraphe du troisième rapport, on peut lire que, malgré toutes les ressources que le Canada a consacrées à la santé, nous n'avons pas vraiment obtenu les résultats souhaités. Des données diverses montrent que nous ne connaissons pas le succès que nous aurions voulu obtenir du point de vue de la santé. Les données de l'OMS placent le Canada au neuvième rang sur 30 pays pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes. Mme Bégin reviendra peut-être sur ce chiffre plus tard. D'après les statistiques de l'UNICEF, le Canada se classe au 12^e rang, sur 21 pays industrialisés, pour ce qui est du bien-être des enfants. Le chiffre le

Index Score, and most disturbing, thirtieth out of thirty in Best Value for Money Spent. In other words, Canada is bottom last when it comes to value for money spent.

This subject has interested us for some time and we feel that we have been doing something wrong. We feel like we must correct this error. At first glance, it appears to be a lack of concentration and investment in population health and a paradoxical over-investment in a health care delivery system that is not nearly as efficient as it should be.

We will be proceeding over the summer and fall with a number of hearings and in December we will issue our final report. We hope that report will assist all levels of government and NGOs. We hope that report will assist all the resources we have in this great country to come together and find a solution to correct our indefensible health disparities. We hope to report on how to improve our overall health status and ease the burden, from an upstream perspective, on the health care delivery system. We all know that system is experiencing terrible problems.

I will introduce the participants. We have Mr. Steven Lewis from Saskatchewan, who has come here today to coordinate this entire event. You will be hearing a great deal from him as time goes by. We have Ms. Barbara Reynolds, the brains of our committee, our clerk; and Monique Bégin whom I think everyone knows, the current WHO Commissioner. Senator Art Eggleton is a good friend of mine and chair of the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. I berate him every time I visit Toronto for not having built a tunnel between downtown Toronto and the airport when he was the Mayor of Toronto. He also has cabinet experience in government in various portfolios. He is a tremendous resource. Next is Mr. Mel Cappe who is President of the Institute for Research on Public Policy and has tremendous government experience in the past. Ms. Glenda Yeates was also a deputy minister, but is now CEO of the Canadian Institute for Health Information, CIHI. Senator Hugh Segal harasses me in the Senate on a daily basis, but I believe he is a man who knows all things; he can speak to any subject. He will tell us today how to approach this issue from a public policy perspective. We have Ms. Debra Lynkowski, CEO of the Canadian Public Health Association and Mr. Lars Osberg from the Department of Economics at Dalhousie University. Senator Catherine Callbeck is the former Premier of Prince Edward Island and she brings an interesting perspective to our committee along the way. Dr Jeff Reading will join us shortly. Ms. Diana MacKay is from the Conference Board of Canada. She recently coordinated a round table on the determinants of health. We have Mr. William Tholl from the Canadian Medical Association; Ms. Laura Corbett, one of our resource people; and Ms. Beverly Nickoloff, another resource person. Next is Ms. Armine Yalnizyan, Senior Economist at the Canadian

plus dérangeant, selon moi, c'est l'indice d'utilisation des services de santé d'Euro-Canada, qui classe le Canada au 23^e rang sur 30, pour ce qui est de l'indice global et, ce qui est encore plus grave, au 30^e rang sur 30 pour ce qui est de l'optimisation des ressources. Autrement dit, le Canada est dernier à cet égard.

Le sujet dont nous parlons aujourd'hui nous intéresse depuis un certain temps, et nous pensons que nous nous sommes trompés quelque part. Nous sommes d'avis qu'il faut corriger cette erreur. De prime abord, il semble que nous n'avons pas suffisamment étudié la question de la santé des populations ni n'avons suffisamment investi dans ce domaine et que, paradoxalement, nous avons trop investi dans la prestation des soins de santé, qui est loin d'être aussi efficace qu'elle devrait l'être.

Nous allons tenir un certain nombre d'audiences au cours de l'été et de l'automne, et nous allons publier notre rapport final en décembre. Nous espérons que ce rapport viendra en aide à tous les ordres de gouvernement et à toutes les ONG. Nous espérons également que le rapport contribuera à faire en sorte que tous les intervenants du domaine dans notre grand pays se réuniront pour trouver une solution aux écarts injustifiables dans le domaine de la santé. Nous espérons pouvoir parler dans notre rapport de moyens d'améliorer la santé de la population en général et d'alléger, en amont, le fardeau qui pèse sur le système de prestation des soins de santé. Nous savons tous qu'il y a de gros problèmes dans ce système.

Je vais présenter les participants. M. Steven Lewis vient de la Saskatchewan, et il est ici pour coordonner l'événement. Vous allez l'entendre dire beaucoup de choses en cours de route. Mme Barbara Reynolds est le cerveau de notre comité et aussi notre greffière. Je pense que tout le monde connaît Monique Bégin, commissaire à l'OMS. Le sénateur Art Eggleton est un bon ami à moi, et il préside le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Chaque fois que je me rends à Toronto, je le tourmente parce qu'il n'a pas construit de tunnel entre le centre-ville de Toronto et l'aéroport lorsqu'il était maire de cette ville. Il a été membre du Cabinet et s'est occupé de différents portefeuilles. C'est une ressource extraordinaire. À côté de lui se trouve M. Mel Cappe, président de l'Institut de recherche en politiques publiques, qui a énormément d'expérience de travail au sein de la fonction publique. Mme Glenda Yeates a également été sous-ministre, mais elle est maintenant PDG de l'Institut canadien d'information sur la santé ou ICIS. Le sénateur Hugh Segal me harcèle tous les jours au Sénat, mais je pense qu'il est omniscient; il peut parler de n'importe quoi. Il va nous dire aujourd'hui comment aborder la question du point de vue des politiques publiques. Mme Debra Lynkowski est directrice générale de l'Association canadienne de santé publique. M. Lars Osberg travaille au département d'économie de l'Université Dalhousie. Le sénateur Catherine Callbeck est l'ancienne première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard, et elle offre souvent des points de vue intéressants au comité. Le Dr Jeff Reading va se joindre à nous sous peu. Mme Diana MacKay représente le Conference Board of Canada. Elle a récemment animé une table ronde sur les déterminants de la santé. M. William Tholl représente l'Association médicale canadienne. Mme Laura Corbett et Mme Beverly Nickoloff

Centre for Policy Alternatives and Ms. Gina Browne from Systems-Linked Research Unit at McMaster University. Mr. John Wright, former Deputy Minister of Finance and Health in Saskatchewan who has a very interesting overarching perspective on all of this is with us today as well as Senator Joan Cook from Newfoundland who has all the wisdom of Newfoundlanders and Senator Joyce Fairbairn. Sharon Manson Singer joins us from the Canadian Policy Research Networks and David Dodge my goodness I almost ignored Mr. Dodge.

Participant: You will pay for that.

The Chair: We will pay for that.

The man who made all of us see that the rich are poor.

Senator Segal: Several times in both directions.

The Chair: Mr. Dodge was an outstanding Deputy Minister of Health before he moved into the job at the Bank of Canada.

We also have Dr. David Butler-Jones who is the Chief Public Health Officer and head of the new Public Health Agency of Canada; Ms. Louise Potvin from the University of Montreal; and Senator Lucie Pépin, who also is Deputy Chair of this committee.

Steven Lewis, Consultant, Access Consulting: Thank you and good morning all. Welcome to what I hope will be an exciting day.

I will not say much by way of introduction. I want to set the agenda in terms of what we hope to get out of the day. As you all know, there is a rich and deep understanding of the social determinants of health in Canada and a long intellectual tradition of elaborating on that subject. We also have a long tradition of trying to figure out what to do about it. It is difficult to address health inequalities and disparities. This subcommittee has set itself the task of moving the agenda forward in a way that has not been pursued vigorously or successfully before in the country.

We have invited a deliberately diverse group of people to begin a conversation that may take the country in a different direction. While we will be reviewing a number of aspects of the dimensions of the problem, our hope is to focus on strategies and tactics to move forward. We hope to move forward so that governments, the private sector and citizens in general take the issue a little more seriously. We hope to find a way to make investments, policies and decisions that will overcome some of the disparities that cost the country a lot of money, a lot of health, and some rather unhappy rankings in the international league tables, as Senator Keon has said. If all goes well, and if you all vigorously take up this challenge, I will not have to do much today, which is my goal, not to need to be heard from too much.

sont des personnes-ressources du comité. À côté d'elles se trouve Mme Armine Yalnizyan, économiste principale au Centre canadien de politiques alternatives. Mme Gina Browne travaille à la Systems-Linked Research Unit de l'Université McMaster. M. John Wright, ancien sous-ministre des Finances et de la Santé de la Saskatchewan s'est joint à nous aujourd'hui, et il a un point de vue général très intéressant sur tout cela. Le sénateur Joan Cook vient de Terre-Neuve, et elle possède toute la sagesse des habitants de cette province. Le sénateur Joyce Fairbairn est avec nous. Mme Sharon Manson Singer représente les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. M. David Dodge... mon Dieu, j'ai presque oublié M. Dodge.

Une voix : Vous allez le payer.

Le président : Nous allons le payer.

L'homme qui nous a fait prendre conscience du fait que les riches sont pauvres.

Le sénateur Segal : À plusieurs reprises, dans les deux sens.

Le président : M. Dodge a été un excellent sous-ministre de la Santé avant d'occuper son poste à la Banque du Canada.

Nous recevons également le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique à l'Agence de la santé publique du Canada. Mme Louise Potvin travaille à l'Université de Montréal. Le sénateur Lucie Pépin est vice-présidente du comité.

Steven Lewis, consultant, Access Consulting : Merci. Bonjour à tous. Bienvenue à une séance qui promet d'être très intéressante.

Je ne vais pas faire une longue introduction. Je veux simplement préciser ce que nous espérons faire aujourd'hui. Comme vous le savez tous, nous avons une compréhension riche et profonde des déterminants sociaux de la santé au Canada et une longue tradition intellectuelle d'étude sur le sujet. Nous avons aussi une longue tradition de questionnement sur ce qu'il faut faire dans ce domaine. Il est difficile de régler les inégalités et les écarts en matière de santé. Le sous-comité s'est donné pour tâche de faire avancer ce dossier par un moyen qu'on n'a pas encore vraiment utilisé à fond ou qui n'a pas encore donné de résultats au pays.

Nous avons délibérément invité un groupe hétérogène pour lancer un débat qui pourrait faire prendre une nouvelle tangente au pays. Nous allons aborder plusieurs des aspects du problème, mais nous souhaitons nous concentrer sur les stratégies et les tactiques qui feront avancer les choses. Nous souhaitons faire avancer le dossier de façon que les gouvernements, le secteur privé et la population en général envisagent la question avec plus de sérieux. Nous espérons trouver un moyen de faire des investissements, d'adopter des politiques et de prendre des décisions qui vont nous permettre de combler certains des écarts qui coûtent beaucoup d'argent au pays, qui font que beaucoup de gens ont des problèmes de santé et qui placent le pays à un rang peu enviable dans le classement de la ligue internationale, pour

We will take the opportunity to probe you if we think we need a little more elaboration, and we will try to move you in what may be modestly uncomfortable territory at times, that is, we do want some concrete suggestions, if possible, as to what we might do.

Obviously, there is no bible of how to do this well. There are some international examples that the committee has examined that show some inspirational successes, but as far as the Canadian context, how to move from a situation of significant inequality to reducing it substantially is a daunting task.

We hope for some creativity today. While we cannot say that nothing will leave this room, because the proceedings will be fully recorded and available, this is in the spirit of a creative experiment in policy deliberation. If we embrace that spirit, I think we will find this to be an incredibly useful day as the committee moves forward in the coming year or so.

That is all I will say by way of introduction, except that we do have four presentations, which are deliberately brief. While of course you will have the opportunity to ask for clarification and to ask direct questions, they are mainly intended to stimulate conversation, so do not feel there has to be a one-on-one with presenters.

Please feel free to engage in a dialogue with each other. If you hear something that stimulates you to a rejoinder, to take something in a different direction or to ask for an elaboration, even though this is a fairly large group, we would like to keep this conversation as informal as possible.

Senator Keon is, of course, the chair and I am the animateur. We will see how it goes in the morning. We plan to stick with our agenda, obviously, but if we think, after the morning session, that we might want to add a little wrinkle here or there, we will let you know before we start the afternoon sessions. We have thought about this carefully and hope these questions are the ones that have engaged you as well.

Without further ado, I would like to turn the proceedings over to our first presenter, Glenda Yates.

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer, Canadian Institute for Health Information (CIHI): Thanks very much, Steven, and thank you, senators, for the invitation.

My role is really in my capacity with the Canadian Institute for Health Information. Although I have many personal opinions from having been a Deputy Minister of Health and Social Services in the Province of Saskatchewan, I will wear my CIHI hat certainly for the presentation portion, and try to set the stage. You asked me to speak about what we really know about health

reprendre les paroles du sénateur Keon. Si tout se passe bien, et si vous vous attaquez tous vigoureusement à ce défi, je n'aurai pas grand-chose à faire aujourd'hui, ce qui est mon objectif : que vous ne m'entendiez pas trop.

Nous allons vous questionner si nous pensons avoir besoin d'un peu plus de précisions, et nous allons vous pousser vers des zones qui seront peut-être légèrement inconfortables par moments, puisque nous aimerions obtenir des suggestions concrètes, si possible, sur ce que nous devrions faire.

Évidemment, il n'existe pas de solutions parfaites au problème dont nous nous occupons aujourd'hui. Le comité a examiné certains exemples de la scène internationale qui peuvent inspirer par leur succès, mais dans le contexte canadien, la tâche qui consiste à réduire de façon significative les inégalités est une tâche ardue.

Nous espérons que vous ferez preuve de créativité aujourd'hui. Nous ne pouvons vous assurer que rien ne va sortir de la salle, puisque l'audience va être enregistrée et que le contenu va en être diffusé, mais nous voulons que la séance se déroule dans l'esprit d'une expérience créative de débat sur les politiques. Si nous faisons les choses dans cet esprit, je pense que nous allons constater que la journée va être extrêmement utile pour la suite des travaux du comité, au cours de la prochaine année environ.

Voilà tout ce que je vais dire en guise d'introduction, mis à part le fait que nous allons écouter quatre exposés, qui sont délibérément courts. Vous aurez bien entendu la possibilité de demander des précisions ou de poser directement des questions, mais ces exposés ont surtout pour objectif de stimuler le débat, alors n'hésitez pas à discuter avec d'autres intervenants que les personnes qui vont présenter les exposés.

N'hésitez pas à discuter les uns avec les autres. Si vous avez envie d'intervenir, d'orienter la discussion vers un nouveau sujet ou de demander une précision, même si le groupe est assez gros, nous aimerions que la conversation se déroule le plus librement possible.

Bien entendu, le sénateur Keon préside la séance, et je l'anime. Nous allons voir comment les choses vont se passer pendant la matinée. Nous prévoyons nous en tenir à notre programme, évidemment, mais si nous jugeons qu'il convient d'ajouter un petit quelque chose par-ci ou par-là après la séance de la matinée, nous allons vous le dire avant le début des séances de l'après-midi. Nous avons bien réfléchi à tout cela, et nous espérons que ces questions seront celles qui vont susciter votre intérêt aussi.

Sans plus tarder, j'aimerais céder la parole à notre premier témoin, Mme Glenda Yeates.

Glenda Yeates, présidente-directrice générale, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Merci beaucoup, Steven, et merci, sénateurs, de m'avoir invitée.

J'interviens ici à titre de représentante de l'Institut canadien d'information sur la santé. J'ai de nombreux points de vue personnels sur la question, ayant été sous-ministre de la Santé et des Services sociaux en Saskatchewan, mais je vais jouer mon rôle de représentante de l'ICIS, du moins le temps de mon exposé, et je vais essayer de préparer le terrain. Vous m'avez demandé de

disparities, which is our first theme, and you have asked some specific questions about the role that data and information can play.

There I wear all the hats that I have ever worn. I am a passionate believer that data and information are enormously powerful tools. In the options paper the committee asked some questions about how we move this forward and how we can change the national conversation on population health and health care. I am a firm believer that information and data are a part of that solution. You are asking some specific questions about what we might do there.

No data presentation is complete without PowerPoint, so for those of you who are sick to death of PowerPoint presentations I will apologize at the outset. I will apologize particularly to Monique, since I gave her a late night, I understand, as a result. I do want to take you through the deck very quickly, which will set the stage. I know that the committee and those around the table are very familiar with many of these questions.

[Translation]

You asked us what we know about health disparities and what we are still exploring. Those of you who read the CIHI reports know that we often cover what we know and what we do not know. In population health it tends not to be so black and white but rather what we are still exploring, because there are some areas where the data is indicative but not entirely firm. Finally, what can we do to fill the gaps in terms of information? You are looking for action, and we have some thoughts there.

In terms of what we know about health disparities, differences in life expectancy is dealt with on slide 4. You have all seen these. I have put them together in this way so that you can see that internationally Canada does fairly well on the life expectancy dimension. However, when you look within Canada you see the differences. There is an 11-year difference between British Columbia and Nunavut, for example. There are differences even within individual provinces. In the Province of Quebec, you can see the life expectancy differences between Montreal and Gatineau. There are differences even locally of over two years in that instance. Looking even more locally, work done by the Montreal public health department shows a greater than 13-year difference among the areas within Montreal.

Again, the data really matters. It can change your view of where the problems are and where you might find the successful intervention points. I will suggest later that that local level of

parler de ce que nous savons vraiment au sujet des disparités en matière de santé, qui sont notre premier thème, et vous m'avez également posé des questions précises sur le rôle que les données et l'information peuvent jouer.

Dans ce domaine, je vais puiser dans l'expérience que j'ai acquise dans tous les rôles que j'ai joués. Je suis tout à fait convaincue que les données et l'information sont des outils extrêmement puissants. Dans le document sur les options proposées, le comité a posé des questions sur les moyens de faire avancer le dossier et de réorienter le débat national sur la santé des populations et les soins de santé. Je crois fermement que l'information et les données font partie de la solution. Vous soulevez des questions précises quant à ce que nous pourrions faire à cet égard.

Aucune présentation de données n'est complète sans PowerPoint, alors je m'excuse tout de suite auprès de ceux d'entre vous qui ne peuvent plus supporter les présentations PowerPoint. Je veux présenter mes excuses surtout à Monique, qui, d'après ce que j'ai compris, s'est couchée tard à cause de moi. Je veux vous présenter les diapos très rapidement, pour préparer le terrain. Je sais que les membres du comité et les autres personnes ici présentes sont tout à fait au courant des questions que je vais aborder.

[Français]

Vous nous avez demandé ce que nous savons des disparités en matière de santé, et nous sommes encore en train d'étudier la question. Les gens qui lisent des rapports de l'ICIS savent que ceux-ci portent souvent sur ce que nous savons et sur ce que nous ne savons pas encore. Dans le domaine de la santé des populations, les choses ont tendance à ne pas être aussi tranchées; c'est plutôt que l'étude est encore en cours, parce que les données révèlent certaines choses sur tel ou tel sujet mais ne sont pas encore tout à fait sûres. Enfin, que pouvons-nous faire pour combler les lacunes en matière d'information? Vous aimeriez voir les choses bouger, et nous avons certaines idées à cet égard.

Pour ce qui est de ce que nous savons des disparités en matière de santé, la diapo 4 porte sur les différences d'espérance de vie. Vous avez tous vu ces chiffres. Je les ai regroupés de cette façon pour que vous puissiez voir que le Canada se classe assez bien dans le monde, au chapitre de l'espérance de vie. Cependant, si vous jetez un coup d'œil sur la situation au Canada, vous pouvez constater qu'il y a des différences. Il y a une différence de 11 ans entre la Colombie-Britannique et le Nunavut, par exemple. Il y a même des écarts à l'intérieur d'une même province. Au Québec, vous pouvez voir qu'il y a une différence entre l'espérance de vie à Montréal et à Gatineau. Dans ce cas-ci, l'écart est supérieur à deux ans. À plus petite échelle encore, le réseau de la santé publique de Montréal a effectué des travaux qui montrent un écart de plus de 13 ans entre certains secteurs de la ville.

Encore une fois, il est important d'avoir des données. Celles-ci peuvent modifier l'idée que vous vous faites de l'endroit où il y a des problèmes et des endroits où il faut intervenir pour que

information is one area where we can act most effectively, and we do have challenges in terms of using information in that area.

Slide 5 shows the life expectancy differences for females between First Nations and other Canadian females. The good news on this slide is that it shows that over the 20-years from 1980 to 2000, we see a diminishing difference, but it is still very significant.

Recent studies from Statistics Canada show areas inhabited by Inuit versus the Canadian population. The results show a lengthened life expectancy for the Canadian population as a whole but no improvement in Inuit areas. There are clearly significant challenges in terms of the First Nations and Inuit population. We know less about the other Aboriginal populations just because of data.

Slide 6 deals with infant mortality. Much is often made about how Canada ranks in this measure. In terms of an overall population measure, how well are we doing on infant mortality? We have looked at this in some detail, and we know that there are some differences in how Canada collects data, so I would caution that the data are not perfectly comparable, as probably no international data is perfectly comparable. Nonetheless, we see here that while infant mortality has been getting better in Canada, there are many countries that do better than we do on this measure, which is a fundamental population health measure.

I did not want to inundate you with too many slides, but there are significant differences between provinces, and between First Nations and non-First Nations, for example. That figure is an average which, to a certain extent, hides a significant disparity.

People have been doing a lot of good work here in Canada about the reasons. Statistics can talk about what we can see, but there have been many people looking at this in Canada, where we have a strong research tradition, and trying to get at those social determinants. In the next slides I will touch on what we know about income, education and a few other indicators. People have been documenting the range and complexity of the social determinants of health.

The income gradient, on slide 8, is well known to this committee. Distressingly, it is very robust. Those who report their health self-reported very good or excellent. We consistently see a significant difference between lowest and highest income, and even between middle income and high income. I find even the upper levels of the gradient interesting. This is from survey data of 2005. That is from individual responses.

l'intervention soit efficace. Je vais vous parler tout à l'heure du fait que ce sont des renseignements obtenus à l'échelle locale qui nous permettent d'agir avec le plus d'efficacité et que nous avons de la difficulté à utiliser l'information à l'échelle locale.

La diapo 5 présente la différence d'espérance de vie entre les femmes membres des Premières nations et les autres. La bonne nouvelle, c'est que, pour la période de 20 ans qui va de 1980 à 2000, nous constatons que l'écart rétrécit, mais il est encore très important.

Statistique Canada a réalisé récemment des études dans le cadre desquelles on a comparé les régions où vivent les Inuits au reste du Canada. La comparaison a révélé que l'espérance de vie a augmenté pour l'ensemble de la population canadienne, mais pas dans les régions inuites. Il est clair qu'il y a des problèmes importants chez les Premières nations et chez les Inuits. Nous savons moins de choses au sujet des autres populations autochtones, tout simplement parce que nous disposons de moins de données sur celles-ci.

La diapo 6 porte sur la mortalité infantile. On parle souvent du rang qu'occupe le Canada en fonction de cet indicateur. Où se situe le Canada, dans l'ensemble, au chapitre de la mortalité infantile? Nous avons examiné cette question en détail, et nous savons que le processus de collecte des données qu'on utilise au Canada est différent de celui qu'on utilise ailleurs, alors je dois vous dire que les données ne sont probablement pas tout à fait comparables, comme c'est probablement le cas de tout type de données à l'échelle internationale. Néanmoins, nous voyons ici que, si le taux de mortalité infantile a diminué au Canada, il y a beaucoup de pays qui se classent mieux que le Canada en fonction de cet indicateur, qui est un indicateur d'une importance capitale par rapport à la santé des populations.

Je ne voulais pas vous submerger en vous présentant trop de diapos, mais il y a des écarts importants à ce chapitre, par exemple entre les provinces, ainsi qu'entre les Premières nations et le reste de la population. Ce chiffre est une moyenne qui, dans une certaine mesure, occulte un écart important.

On a fait beaucoup de travail ici, au Canada, sur les causes. Les chiffres peuvent nous renseigner sur les phénomènes dont nous sommes témoins, mais beaucoup de gens se sont penchés sur la question au Canada, où nous avons une forte tradition de recherche, et ont essayé de comprendre les déterminants sociaux de la santé. Dans les prochaines diapos, je vais aborder ce que nous savons au sujet du revenu, du degré de scolarité et de quelques autres indicateurs. Il y a des gens qui ont documenté la portée et la complexité des déterminants sociaux de la santé.

Les membres du comité connaissent très bien le gradient du revenu, qui figure à la diapo 8. Ce qui est déconcertant, c'est que c'est un indicateur très fiable. Il s'agit des gens qui qualifient eux-mêmes leur santé de très bonne ou d'excellente. Nous constatons que l'écart est toujours important entre les gens dont le revenu est le plus faible et ceux dont le revenu est élevé, et même entre les gens dont le revenu est moyen et ceux dont le revenu est le plus élevé. Je trouve que même la partie supérieure du gradient est intéressante. Les données viennent d'une enquête effectuée en 2005. Elles sont fondées sur les réponses des participants.

Slide 9 has a slightly different take on this, looking more ecologically at neighbourhoods. This is for men for two different years. We see the differences in terms of the poorest and the richest neighbourhoods. There you see an income gradient by neighbourhood. Again, I suppose the good news here might be that we do see that decreasing somewhat. If you look at the 2001 versus the 1971 data, that income gradient looks like it is narrowing slightly, but it is still very much in evidence.

The next slide looks at education. There is often a lot of question, what is the causal root; is it income or is it education? They are very closely aligned. We can look at education in different ways. It is often a bit easier to look at, but again, the health status and the link with educational attainment tends to be very strong in Canada and internationally. Again, it is one of those very fundamental issues of which the committee is well aware.

Slide 11 looks at early childhood. Many of the presenters you will have seen, as I read through your earlier documents, focused on early childhood. In Canada we are familiar with Fraser Mustard's and Margaret McCain's very strong work that looked at early childhood.

Again, the research evidence here is interesting and very strong. This looks at some of the child readiness. This is some of the school readiness indicators at the age of five, and we see the income gradient is very evident already at the age of five. Again, we do not always know the causal links, but this is from the National Longitudinal Survey of Children and Youth. What we can see is a similar gradation already very apparent at an early age.

Slide 12 looks at some of the personal health practices. When we talk about population health, there has been a lot of what has entered the literature, or even the public consciousness, is this sense of personal health practices. If we could only get people to stop smoking or eating more fruits and vegetables that would be the solution. There has been much interest, obviously, in that issue.

We talk much less about the fact that there is also a gradient by socio-economic status on those factors as well. Perhaps it is not so much on eating our fruits and vegetables. None of us in any of the categories, I would say, grouped by income do terribly well on eating our fruits and vegetables. Apparently there is not a strong difference there, but certainly when it comes to tobacco use or physical activity, we do see a certain income gradient. It begs that question about where are the intervention points. Are they at the individual or at a more population or community basis? It is clear that those individual factors as well show a gradient.

La diapo 9 constitue un point de vue un peu différent là-dessus, plus dans une perspective écologique et du point de vue des quartiers. Le chiffre porte sur les hommes et sur deux années différentes. Nous voyons qu'il y a un écart entre les quartiers les plus pauvres et les quartiers les plus riches. C'est donc un gradient du revenu en fonction du quartier que vous avez sous les yeux. Encore une fois, je suppose que la bonne nouvelle, c'est que nous constatons qu'il y a bien une diminution de l'écart, en quelque sorte. Si vous comparez les données de 2001 à celles de 1971, vous voyez que l'écart semble diminuer un peu, mais il est toujours manifeste.

La diapo suivante porte sur le degré de scolarité. On se demande souvent quelle est la véritable cause entre le revenu et l'éducation. Il y a une forte correspondance entre les deux éléments. Nous pouvons examiner le degré de scolarité de différentes manières. C'est quelque chose qui est souvent un peu plus facile à étudier, mais, encore une fois, la santé et le degré de scolarité tendent à être très liés au Canada et ailleurs dans le monde. Encore une fois, il s'agit de l'une de ces questions tout à fait fondamentales que le comité connaît déjà très bien.

La diapo 11 porte sur la petite enfance. D'après ce que j'ai lu dans les documents que vous avez déjà publiés, beaucoup des témoins que vous avez entendus se sont concentrés sur la petite enfance. Au Canada, nous connaissons bien l'excellent travail de Fraser Mustard et de Margaret McCain sur la petite enfance.

Dans ce cas-ci aussi, les données obtenues dans le cadre des recherches sont très intéressantes et très importantes. Elles portent sur la disposition à apprendre des enfants. Il s'agit de certains des indicateurs de la disposition à apprendre à l'école à l'âge de 5 ans, et nous voyons que le gradient du revenu est déjà très clair dès l'âge de 5 ans. Encore une fois, nous ne connaissons pas toujours les liens de causalité, mais ces données sont tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et sur les jeunes. Ce que nous pouvons constater, c'est qu'il y a déjà une gradation semblable très manifeste dès la petite enfance.

La diapo 12 porte sur certaines pratiques d'hygiène personnelle. Lorsque nous parlons de la santé des populations, il est beaucoup question de ce qui est entré dans la documentation, même dans la conscience de la population, par rapport aux pratiques d'hygiène personnelle. Si nous pouvions faire en sorte que les gens cessent de fumer ou mangent davantage de fruits et légumes, ce serait la solution. Évidemment, on s'est beaucoup intéressé à cette question.

Nous parlons beaucoup moins du fait qu'il y a aussi un gradient socioéconomique par rapport à ces facteurs. Ce n'est peut-être pas tant le fait de manger nos fruits et nos légumes. Personne d'entre nous, peu importe la catégorie de revenu, je dirais, n'a de très bonne habitudes pour ce qui est de manger des fruits et des légumes. Apparemment, l'écart n'est pas très grand dans ce domaine, mais il est certain que, lorsqu'il s'agit du tabagisme et de l'activité physique, nous constatons l'existence d'un certain gradient en fonction du revenu. On ne peut faire autrement que se demander où sont les points d'intervention.

The next slide really just wants to look at some of the information bases. What do we know? What do we track? What do we measure? We at CIHI and Statistics Canada, in the late 1990s, developed a health indicators framework that we put out, widely used by a number of organizations and we are working to populate this framework.

If you see the areas of the domains that are circled in red on this slide, those are the years where, while we do not have perfect information, we are starting to at least have measures that you can measure and monitor over time. We are starting to know much more than we did 10 years ago, or certainly 15 or 20 years ago, about how we are doing on accessibility, how are we doing on some of the health behaviours.

What we know less about and what we do not monitor at the current time, which I think is the equity line you can see down the side. It is relevant to some of the questions asked in the committee's paper. The question of whether the gains we are making and to what extent they are spread or there are still health disparities, whether they are increasing or decreasing, that is not something at the current moment we monitor, although we do have a health indicators framework that certainly makes room for that and speaks to its possibilities.

What are we still exploring? In some ways the question that you posed to us when we appeared here before is the causality question. We see all of this data. We see the ecological data. What are the root causes? What can you tell us about what really causes these disparities?

Our view of the literature is that we are still exploring this as a research group. There are certain things that are starting to emerge, but there are some puzzles around how does that gradient in health stay so robust. Is it about hierarchy; is it about income; is it about status or relevance? What are the links and what causes those links between socio-economic status and the behaviour gradient that we showed?

What I can tell you is there is a lot of robust research on this question. There are certainly things starting to emerge, but there is nothing that I would say meets that gold standard of absolute evidence. It is clear that there are interesting pieces of work that are starting to emerge on individual causal questions.

The next question we would pose is what works? In some ways when we look at this information, the question that people ask is what would we do about it? If we had the political will and

Faut-il intervenir auprès des gens, ou faut-il une intervention axée sur l'ensemble de la population ou sur la collectivité? Il est clair que ces facteurs individuels aussi présentent un gradient.

La diapo suivante ne porte vraiment que sur le fondement du processus de collecte d'information. Que savons-nous? Que surveillons-nous? Que mesurons-nous? À l'ICIS et à Statistique Canada, nous avons élaboré un cadre des indicateurs de la santé à la fin des années 90 et nous l'avons diffusé. Ce cadre est utilisé par de nombreuses organisations, et nous travaillons à lui donner un contenu.

Si vous voyez les secteurs des domaines qui sont encerclés en rouge sur la diapo, il s'agit des années pour lesquelles, si nous n'avons pas des données parfaites, nous commençons du moins à avoir des données qu'il est possible d'évaluer et de suivre à long terme. Nous commençons à en savoir beaucoup plus qu'il y a dix ans, ou du moins qu'il y a 15 ou 20 ans, sur notre rendement par rapport à l'accès et par rapport aux comportements liés à la santé.

Il y a aussi ce que nous connaissons moins bien et ce que nous ne surveillons pas à l'heure actuelle, et je pense que c'est représenté sur la diapo par la ligne avec le mot équité sur le côté. Cela a trait à certaines des questions soulevées par le comité dans le document. Ces questions sont les suivantes : si nous réalisons des gains, est-ce qu'ils sont répartis ou y a-t-il encore des écarts en matière de santé? Ces écarts augmentent-ils ou rétrécissent-ils? Ce n'est pas quelque chose que nous surveillons à l'heure actuelle, même si nous disposons d'un cadre d'indicateurs de la santé qui laisse certainement place à cela et qui offre des possibilités à cet égard.

Qu'avons-nous encore à découvrir? D'une certaine manière, la question que vous nous avez posée lorsque nous avons témoigné ici auparavant, c'est celle des causes. Nous avons devant nous toutes ces données. Nous avons des données écologiques. Quelles sont les véritables causes? Que pouvez-vous nous dire sur les véritables causes de ces disparités?

Notre point de vue sur la documentation, c'est que nous sommes encore en train de l'analyser, comme groupe de recherche. Certaines choses sont en train de se dévoiler, mais il y a encore des énigmes concernant les raisons pour lesquelles le gradient de la santé demeure si stable. Est-ce une question de hiérarchie; est-ce lié aux revenus? Est-ce que cela dépend de la situation ou du fait d'avoir un rôle à jouer? Quels sont les liens entre la situation socioéconomique et le gradient du comportement que nous avons présentés, et qu'est-ce qui est à l'origine de ces liens?

Ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a beaucoup de travaux de recherche bien faits sur cette question. Il est clair que certaines choses commencent à se dévoiler, mais je dirais qu'il n'y a rien encore qui respecte la norme de la preuve absolue. Il est clair qu'on voit de plus en plus de travaux intéressants sur des questions précises liées aux causes.

La question que nous poserions ensuite, c'est : qu'est-ce qui fonctionne? D'une certaine façon, lorsque nous jetons un coup d'œil sur cette information, la question que les gens posent c'est :

interest, what interventions work? This is an area that is hard to generalize. There are starting to be studies, but they are small, about what interventions actually make a difference.

The fact is that we would suggest we could use more information and evidence on actually what interventions affect the population health in the long term. There is some evidence on effectiveness that is starting to emerge, particularly on those interventions that are aimed at individuals, but again, less on the murkier and tougher questions to research about what combination, when you do those big policy questions, what impacts they have on population health.

Health indicators, these are the areas I have circled that are the areas that we would like to populate more. If we had an ongoing indicator that looked at equity, for example, that looked at some of these other questions, would enable us in a better way to monitor and answer how we are doing in those areas.

The next slide I just put out on the table. For a number of years, the United Kingdom has had a specific focus on health equity. With their increased information, health professionals are searching for the answers. They have actually put in a requirement for these health equity audits. I know of no similar requirement in the Canadian context, but they are suggesting that at the local level, as well as at a national level, this be something that be monitored including by primary care trusts and others. It is early days. We do not have something that would say we see these audits are having such and such an impact. However, we can certainly see a real focus and a sustained focus in the U.K. on having those equity audits.

The last portion of the slide is about what we can do. We are firmly of the belief that information is a powerful tool at not only supporting decisions, but also helping to focus attention and understanding. It can focus attention on the impact of the policies and the steps we are taking at a population health level.

On slide 20, I would just flag the fact that it would be enormously helpful to capture more socio-economic status, SES, data. If we are going to try to get at this question, it would be helpful to have that information. We do see, for example, in the United States, birth registrations routinely include maternal education, which again is often a very good proxy for socio-economic status. That gives them the ability to look at these questions in a much more robust way.

Certain provinces, as you will see on the slide, are implementing that, have implemented it. Quebec, for example, has maternal educational status on the birth registries and has for

que faire par rapport à cela? Si la volonté et l'intérêt politique y étaient, quelles sont les interventions qui fonctionneraient? C'est un domaine dans lequel il est difficile de généraliser. Il commence à y avoir des études, mais ce sont des petites études, au sujet des interventions qui donnent des résultats.

Le fait est que nous suggérerions un recours accru à de l'information et des données sur les interventions qui ont un effet réel sur la santé des populations à long terme. Il commence à y avoir des données sur l'efficacité, surtout sur les interventions qui visent les personnes, mais, encore une fois, il y en a moins sur des questions obscures et difficiles qui ont trait aux recherches sur la combinaison des interventions, lorsqu'on s'occupe de ces grandes questions relatives aux politiques, des répercussions sur la santé des populations.

Les indicateurs de la santé... les domaines que j'ai encerclés sont ceux où nous aimerions ajouter du contenu. Si nous avions un indicateur permanent par rapport à l'équité, par exemple, qui tenait compte de ces autres questions, cela nous permettrait d'effectuer un meilleur suivi de notre rendement dans ces domaines et de mieux répondre aux questions là-dessus.

La diapo suivante, je viens de la faire afficher. Pendant un certain nombre d'années, au Royaume-Uni, on s'est concentré sur l'équité en matière de santé. Grâce à une information de plus en plus grande, les professionnels de la santé cherchent des réponses. En fait, ils ont exigé la tenue de vérifications de l'équité en matière de santé. Je n'ai jamais entendu parler d'une chose du genre dans le contexte canadien, mais ces professionnels disent que c'est quelque chose qui doit faire l'objet d'une surveillance à l'échelon local ainsi qu'à l'échelon national, notamment par les primary care trusts et d'autres organismes. C'est quelque chose de nouveau. À l'heure actuelle, rien ne nous indique que ces vérifications ont telle ou telle répercussion. Cependant, il est clair que les professionnels de la santé du Royaume-Uni continuent d'exprimer cette intention réelle de tenir ces vérifications de l'équité en matière de santé.

La dernière partie de la diapo concerne ce que nous pouvons faire. Nous croyons fermement que l'information est un outil puissant, non seulement pour appuyer les décisions, mais aussi pour concentrer l'attention et pour véhiculer les idées. Cet outil permet d'attirer l'attention sur les répercussions des politiques et sur les mesures que nous prenons au chapitre de la santé des populations.

À la diapo 20, je veux simplement signaler le fait qu'il serait extrêmement utile d'obtenir davantage de données sur la situation socioéconomique ou SSE. Si nous voulons nous attaquer à ce problème, il serait utile de posséder cette information. Aux États-Unis, par exemple, on note le degré de scolarité de la mère au moment où on inscrit l'enfant au registre des naissances, et, encore une fois, le degré de scolarité est souvent un très bon indicateur de la situation socioéconomique. Ainsi, les intervenants des États-Unis peuvent aborder ces questions de façon beaucoup plus éclairée.

Certaines provinces, comme vous pouvez le voir sur la diapo, sont en train d'adopter cette pratique ou l'ont déjà fait. Au Québec, par exemple, on consigne les renseignements sur le degré

some time. In the West, we see some provinces that indicate Aboriginal status here but it is probably more limited at this stage to First Nations status. We do see some of those markers beginning to be placed on birth registrations and in some cases death registrations. That, again, gives us some more fundamental tools to understand analytically what is happening. There are also opportunities on administrative data if we can collect some of those population indicators that would help us in the research community do research over time.

The next slide points to another specific information gap that I think we could fill. When we are looking at health disparities, some of the very groups that you would most want to know about are groups that because they are difficult to get at we tend not to create and gather information about them. For example, seniors or others living in homes for the aged or homes for the disabled and the homeless are not groups of people on whom we routinely collect data. In some cases on-reserve populations are excluded from surveys.

Again, if we are trying to understand disparities, filling out our data by trying to specifically gather information from those kinds of groups I think would be useful.

With respect to data linkage, the next slide in some ways is perhaps a response to the question you asked in the options paper about whether we would create a national population health database. One of the observations we make is that the relevant data on a population health basis will lie in different spots.

We have heard from people at local levels who are connecting to school board data, people who are connecting to community-based data. We have heard of people at the national level, who are connecting the census to administrative data. The ability to put that information in one spot may always be limited. If there is a climate in the country for appropriate linkage, and obviously that means being very clear about privacy concerns and making sure that individual Canadians have safeguards to their privacy, we have to be clear about when data on a de-identified basis can appropriately be linked to answer these questions. I think creating that strong privacy framework and then building the climate that would allow us to link data, whether at the local, provincial or national level, would in our view, provide us many more opportunities for insights on these questions.

The next slide is one small example of where we have been able to achieve that linkage. This data has not yet been published. Working with Statistics Canada, we have linked census data to hospitalization data. This information concerns ambulatory, care-

de scolarité de la mère au registre de l'état civil depuis un certain temps. Dans l'Ouest, dans certaines provinces, on note l'appartenance à la population autochtone, mais cela se limite probablement à l'appartenance à une Première nation en ce moment. On commence à noter cette information lorsqu'un enfant naît, et, dans certains cas, lorsqu'une personne meurt. Encore une fois, cela nous offre des outils plus fondamentaux pour analyser ce qui se passe. Les données administratives offrent également des possibilités, dont nous pourrions tirer parti si nous pouvions recueillir certains renseignements sur les populations qui aideraient le milieu de la recherche dans ces travaux à long terme.

La diapo suivante porte sur une autre lacune précise en matière d'information que nous devrions combler à mon avis. Dans le domaine des disparités en matière de santé, certains des groupes qui peuvent être les plus intéressants peuvent aussi être les plus difficiles à joindre, ce qui fait que nous n'avons pas tendance à recueillir des renseignements sur ceux-ci. Les personnes âgées, par exemple, ou celles qui vivent dans des foyers pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, ainsi que les sans-abri, ne sont pas des groupes de gens sur qui nous recueillons régulièrement des données. Dans certains cas, les populations qui vivent dans les réserves sont exclues des enquêtes.

Encore une fois, si nous essayons de comprendre les disparités, je pense qu'il serait utile que nous obtenions les données qui nous manquent en essayant de trouver de l'information précisément sur ce genre de groupes.

En ce qui concerne le couplage des données, la prochaine diapo est peut-être d'une certaine manière une réponse à la question que vous avez soulevée dans le document sur les options proposées au sujet de la création éventuelle d'une base de données nationale sur la santé des populations par notre organisation. L'une des observations que nous faisons, c'est que les données pertinentes sur la santé des populations se trouveront à différents endroits.

Nous avons entendu le témoignage de gens qui, à l'échelon local, utilisent des données par l'intermédiaire du conseil scolaire, de gens qui utilisent des données sur leur collectivité. Nous avons entendu le témoignage de gens qui, à l'échelon national, utilisent des données administratives du recensement. La possibilité de regrouper toute cette information à un seul endroit sera peut-être toujours limitée. Si la situation au pays favorise un bon couplage des données, et cela signifie évidemment qu'il faut que les politiques de respect de la vie privée soient claires et qu'il faut s'assurer que les renseignements personnels des Canadiens sont protégés par des mécanismes, nous devons définir précisément le moment où il convient de coupler des données dépersonnalisées pour répondre à ces questions. Je pense que le fait d'instaurer un cadre solide pour assurer la protection des renseignements et un climat qui nous permettrait d'effectuer le couplage des données, que ce soit à l'échelon local, provincial ou national, pourrait, à notre avis, nous offrir de nouvelles possibilités de mieux comprendre ces questions.

La diapo suivante présente un exemple de domaine dans lequel nous avons été capables d'effectuer ce couplage. Les données n'ont pas encore été publiées. En collaboration avec Statistique Canada, nous avons couplé les données du recensement aux

sensitive conditions, things you should be able to treat in the community, such as asthma, diabetes, and high blood pressure. This information shows that even when accessing the health system and the hospital system, there is more need for lower income people to be hospitalized for the conditions we should be able to treat effectively in the community. We can get at this, again, by linking census data, which contains the socio-economic data, with the hospital records. This is one small example of creating that climate for linkage, but it does allow us to focus on those population health questions.

données relatives à l'hospitalisation. L'information a trait aux affections sensibles aux soins ambulatoires, c'est-à-dire à des affections qu'on devrait être capable de traiter dans la collectivité, par exemple l'asthme, le diabète et la haute pression sanguine. Cette information montre que, même lorsque les personnes touchées accèdent au système de santé et au système hospitalier, le besoin est plus grand chez les personnes dont le revenu est faible d'être hospitalisées pour des affections que nous devrions être en mesure de traiter efficacement dans la collectivité. Nous pouvons tirer cette conclusion, encore une fois, en couplant les données du recensement, qui contiennent des données socioéconomiques, avec les dossiers des hôpitaux. C'est un petit exemple d'instauration d'un climat qui permet le couplage, mais cela nous permet bel et bien de nous concentrer sur ces questions relatives à la santé des populations.

The next slide, in terms of regional and local analysis, deals with our sense of what can be done. The intervention points will be at a local level. For that, we need robust data sample sizes. I know it is not the stuff of headlines, perhaps, but having additional data at greater levels allows people at the local level to act on that data. We have been doing work with the urban public health officers in the country, and when we are able to provide data that applied to the neighbourhoods in their city, it is tremendously powerful.

La diapo suivante, dans le domaine des analyses régionales et locales, porte sur ce qui peut être fait à notre avis. Les points d'intervention se situeront à l'échelon local. À cette fin, nous avons besoin d'échantillons de données de bonnes tailles. Je sais que ce n'est pas le genre de choses qui fait les manchettes, peut-être, mais le fait d'avoir davantage de données à plus grande échelle permet aux gens qui travaillent à l'échelle locale d'utiliser ces données. Nous avons fait du travail en collaboration avec les agents de la santé publique en milieu urbain du pays, et dans les cas où nous avons été en mesure de fournir des données s'appliquant aux différents quartiers des villes où travaillent ces agents, ces données ont été un outil extrêmement puissant.

The electronic health record also offers great opportunities for population health monitoring. When I read your paper that talks about whether there are options for building an electronic or a population health database, my sense is that it is probably not a single database. The fact is, with the investments we are making on an electronic health record, which are absolutely necessary for that first-line clinical care, there are also opportunities here if we ensure they have appropriate safeguards for what data can be shared and for what purposes on a de-identified basis. I think that allows us the potential to essentially fill in many of the questions on a population basis that would be fundamental to us.

Le dossier de santé électronique offre également de grandes possibilités au chapitre de la surveillance de la santé des populations. Lorsque j'ai lu votre document sur la possibilité de créer une base de données électroniques ou sur la santé des populations, j'ai pensé que ce ne serait probablement pas une seule base de données. Le fait est que, vu les investissements que nous sommes en train de faire dans le dossier de santé électronique, qui sont tout à fait nécessaires pour les soins cliniques de première ligne, cela offre également des possibilités si nous nous assurons que les mécanismes appropriés sont en place pour assurer la diffusion sécuritaire des données dépersonnalisées dans certains buts précis. Je crois que cela nous offre essentiellement la possibilité de répondre à de nombreuses questions sur la santé des populations qui seraient fondamentales à nos yeux.

I will stop there. I know this is meant to stimulate the discussion, but my conclusion is that we do know a lot. There is a lot we still do not know definitively, but research is starting to emerge. There are some real opportunities to increase the information that would continue furnishing the basis for this to be an issue that people understand and act upon.

Je vais m'arrêter ici. Je sais que le but de l'exercice est de stimuler le débat, mais ma conclusion, c'est que nous savons beaucoup de choses. Il y a encore beaucoup d'incertitude, mais il y a de plus en plus de travaux de recherche. Il y a de réelles occasions qui s'offrent à nous d'obtenir davantage d'information pour continuer de bâtir le fondement qui permettra aux gens de se faire une idée de l'enjeu et d'agir en fonction de cette idée.

Louise Potvin, Professor, Department of Social and Preventative Medicine, University of Montreal: I think what Ms. Yeates presented encapsulates what we know and do not know.

Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal : Je pense que Mme Yeates a fait le tour de ce que nous savons et de ce que nous ne savons pas.

I would like to highlight two things for the committee. One of the things underlying the presentation is the total lack of trends data. In Canada, we are no better than the rest of the world.

J'aimerais attirer l'attention du comité sur deux choses. L'un des éléments sous-jacents de l'exposé, c'est l'absence totale de données sur les tendances. Dans ce domaine, le Canada n'est pas

There is very little capacity in the world because there are very few instruments but many hard methodological issues to record how we are doing over time. There are technical issues and indicators of disparities that are not as easy to grab as central tendency indicators, such as means. That is one of the issues that I think should be emphasized more.

The other issue I would like to emphasize, is if we are doing research on disparities, we are not doing research on intervention and evaluating those interventions. There is yet unpublished data that was completed by IPPH, the Institute for Public and Population Health, together with other institutes interested in those issues. I can tell you that less than 10 per cent of all population health projects funded through CIHR between 2001 and 2006 deal with intervention.

Not only are we not aware of what works and what does not work, we do not do research on it, essentially because we are not well equipped to pair intervention projects with good and relevant research projects. Those are the two issues I would like to emphasize as arising out of this presentation.

Hon. Monique Bégin, P.C., Commissioner, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health: It was an excellent presentation. It was very clear and comprehensive. It reminds me of an issue that this Senate Subcommittee on Population Health should address head-on, and that is the issue of there being a lot of knowledge but, at the same time, not enough knowledge.

The evidence-based medicine approach to life has now permeated into every bureaucratic organization. The fact that we do not know everything will be easily used to dodge the issue by any deputy minister in the system. We know a lot and our grandmothers know more than us, but they cannot prove it.

What we know from hard science and from grey literature or observation, when it is well-done, logical and systematic, it is considered evidence. Therefore, the evidence-based approach to life should be addressed in this committee.

William Tholl, Secretary General, Canadian Medical Association: Thank you for the invitation to be here.

My first point is that if we were here 10 or 12 years ago, we would not have near the data set that we had presented to us here this morning. Well done, Ms. Yeates. I was privileged enough to sit on the Wilk task force that led to the development of CIHI. This glass is half full in what we know and what we do not know about health and health care.

meilleur que le reste du monde. La capacité de suivre les tendances à long terme est très limitée dans le monde, parce qu'il y a très peu d'instruments pour le faire- et que cela pose de nombreux problèmes complexes de méthode. Il y a des problèmes techniques et des indicateurs de disparité qui ne sont pas faciles à manipuler, comme principaux indicateurs de tendance, notamment les moyennes. Voilà l'une des difficultés sur lesquelles il convient d'insister davantage, à mon avis.

L'autre problème que je veux souligner, c'est que, si nous faisons des recherches sur les disparités, alors nous ne faisons pas de recherches sur l'intervention et sur l'évaluation des interventions. L'ISPP ou Institut de la santé publique et des populations ainsi que d'autres établissements qui s'intéressent à ces questions possèdent des données qu'ils n'ont pas encore publiées. Je peux vous dire que moins de 10 p. 100 des projets relatifs à la santé des populations que les IRSC ont financés entre 2001 et 2006 ont trait à l'intervention.

Non seulement nous ne savons pas ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, mais nous ne faisons pas de recherche là-dessus, essentiellement parce que nous n'avons pas les outils nécessaires pour associer des projets d'intervention à des projets de recherche bien faits et pertinents. Voilà les deux points sur lesquels je voulais insister après l'exposé de Mme Yeates.

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire, Commission des déterminants de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : Elle a présenté un excellent exposé. C'était clair, et elle a fait le tour de la question. Ça m'a rappelé un problème que le Sous-comité de la santé des populations devrait attaquer de front, c'est-à-dire le problème qui vient du fait que nous possédons beaucoup de connaissances, mais en même temps, pas suffisamment.

La façon d'aborder la vie du point de vue de la médecine fondée sur les données probantes et scientifiques a envahi toutes les organisations bureaucratiques. Il est facile pour n'importe quel sous-ministre qui fait partie du système d'éluder la question en disant qu'il y ait des choses que nous ne connaissons pas. Nous connaissons beaucoup de choses, et nos grands-mères en savent encore plus que nous, mais elles ne peuvent pas prouver ce qu'elles savent.

Les connaissances qui nous viennent des sciences exactes et de la littérature grise, ou encore de l'observation, lorsqu'elle est bien faite, logique et systématique, sont considérées comme étant des données probantes. Le comité devrait donc se pencher sur cette façon de comprendre la vie à partir de données probantes.

William Tholl, secrétaire général, Association médicale canadienne : Merci de m'avoir invité à participer à la séance.

La première chose que je veux dire, c'est que, il y a 10 ou 12 ans, on n'aurait jamais pu nous présenter l'ensemble de données qu'on nous a présentées ce matin. Bravo, madame Yeates. J'ai eu le privilège de faire partie du groupe de travail Wilk dont les travaux ont mené à la création de l'ICIS. Le verre est à moitié plein en ce qui concerne ce que nous savons et ce que nous ne savons pas dans le domaine de la santé et des soins de santé.

I have two or three comments. First, I would like to discuss how, in a short period of time, we have fallen from the top in the world, fourth or fifth in infant mortality, to where we are today. One of Ms. Yeates' slides shows us at twenty-second in the world. Yes, there are differences in the way one collects data, but there is not much of a difference over that period of time. The same basic instrument is being used. For me, it raises the issues that the national health forum, Mr. Lewis and many others, have looked at before. Why have we come up dry? Why have not we made more progress? I leave that question for the group. What do we need to do to create the burning platform for change in health that we have seen in health care?

Can we do for health what we have done for health care and wait times to raise public awareness and get people pulling in the same direction to make a meaningful difference, first by measuring and then by managing?

There has been reference to the Lalonde report in some of the background material. We got together as a clutch of those people who actually helped write the Lalonde report 30 years ago and asked them to do a retrospective on a new perspective. One of the things they observed is how it is that we led the world in thinking about and measuring health — things such as potential years of life loss — but now we are laggards in the world in delivery of health and health care. One thing they observed was the lack of this burning platform for change.

I will leave that with the group and maybe come back — if you think it is important — to how we might do that.

Senator Fairbairn: At the very beginning, I want to raise one issue that touches almost everything that you were saying. That is the question of literacy.

We have had very good hearings in this committee under Senator Keon, but as I look around the table I see people who have had to deal with this in their past: David Dodge, Mel Cappe, Senator Callbeck as a premier, Senator Cook in Newfoundland. It sticks in every corner of Canada. As we go around the table, I would be grateful if some of you might give thoughts on that issue. I know Senator Segal has been very engaged in literacy as well. I would like the group to turn its mind to the fact that in our country something like 30 per cent of its adult citizens are not in a position to do what is required of them in terms of literacy, reading and understanding.

It seems to me to be a foundation issue to pretty much everything we will talk about today. I thought I would get that issue off my chest first thing.

J'ai deux ou trois choses à dire. J'aimerais d'abord parler de ce qui a fait que, dans un court laps de temps, notre position a chuté dans le classement mondial, du quatrième ou cinquième rang au chapitre de la mortalité infantile, jusqu'à celui que nous occupons aujourd'hui. D'après l'une des diapos de Mme Yeates, nous occupons le 22^e rang dans le monde. C'est vrai qu'il y a des différences quant à la façon de recueillir les données, mais pas tant que ça sur une période aussi courte. On utilise le même instrument simple partout. À mon avis, cela soulève les questions que le forum national sur la santé, dont font partie M. Lewis et de nombreuses autres personnes, a déjà examinées. Qu'est-ce qui nous a arrêtés? Pourquoi avons-nous cessé de progresser? Je laisse le groupe répondre à cette question. Que devons-nous faire pour créer ce besoin urgent de changement dans le domaine de la santé que nous avons vu dans celui des soins de santé?

Pouvons-nous faire en santé ce que nous avons fait par rapport aux soins de santé et aux délais d'attente pour sensibiliser les gens et pour faire en sorte qu'ils déploient tous des efforts dans la même direction, de façon à faire bouger les choses pour vrai, d'abord en évaluant les choses, puis en les gérant.

On parle du rapport Lalonde quelque part dans la documentation. Nous avons rassemblé une poignée de gens qui ont participé à la rédaction du rapport il y a 30 ans, et nous leur avons demandé de faire une rétrospective à partir d'un nouveau point de vue. L'une de leurs observations, c'est que nous étions alors des chefs de file dans le monde pour ce qui est de la réflexion sur la santé et de la façon de l'évaluer — des choses comme les années potentielles de vie perdue —, mais que nous sommes maintenant en retard sur bien des pays en ce qui a trait à la santé et à la prestation des soins de santé. L'une des choses qu'ils ont remarquées, c'est l'absence d'un besoin urgent de changement.

Je vais laisser les membres du groupe réfléchir à cela et peut-être y revenir — si vous pensez que c'est important — pour vous parler de la façon dont nous pourrions faire cela.

Le sénateur Fairbairn : Je veux tout de suite soulever une question qui touche presque tout ce que vous avez dit jusqu'à maintenant. C'est la question de l'alphabétisation.

Le comité a tenu des séances très intéressantes sous la présidence du sénateur Keon, mais je vois ici des gens qui ont été confrontés à ce problème dans le passé : David Dodge, Mel Cappe, le sénateur Callbeck, lorsqu'elle était première ministre, le sénateur Cook, à Terre-Neuve. C'est un problème qui existe partout au Canada. J'aimerais beaucoup que certains d'entre vous me disiez ce que vous en pensez pendant le tour de table. Je sais que le sénateur Segal a lui aussi fait beaucoup de travail dans le domaine de l'alphabétisation. J'aimerais que les membres du groupe réfléchissent au fait que quelque chose comme 30 p. 100 des adultes du pays ne sont pas en mesure de s'acquitter des tâches qu'on leur donne lorsqu'il s'agit de lecture, d'écriture et de compréhension.

À mes yeux, c'est un problème fondamental qui touche à peu près tout ce dont nous allons parler aujourd'hui. J'ai pensé que je devais vous faire part de cette préoccupation dès le départ.

Mel Cappe, President, Institute for Research on Public Policy:

In the committee report of April 2008, there is reference to the inability of many Canadians to read and manage their medication. The issue that Senator Fairbairn is raising is far broader than that. Rather than a functional capacity, it is much more endemic to the determinants issue. I was not going to make that point. I do not want anyone to take my intervention as being anti-analytic, but I want to distinguish between data, targets, and the analyses done with the data and the targets that may be set up.

It was my experience in watching the U.K. closely that they measure everything that moves. When you measure everything that moves and you set targets to them, managers manage the movable, but they do not manage the important things. If you measure what is measurable and establish your targets around that, you run the risk of establishing the wrong targets. I want to make a strong distinction between the data for use of analyzing the problem and determining pathways to deal with the problem, as opposed to the targets that may be used. I notice again in the report you talk extensively about the use of targets.

I will use one example. In the U.K. they had league tables of hospitals. There was a complex measure of 32 indicators on which they ranked the hospitals. One of the 32 measures was the patient response to quality of food. Another was the return of breast cancer. If you are a hospital administrator, one of those indicators is easy to manage and one is difficult to manage. By setting up targets like that they skewed behaviour in a way that I do not think improved the quality of health, let alone health care.

I want to make that important point, that we need the data and analysis, but do not make the very quick step of setting targets.

Mr. Lewis: Are you saying that as CIHI and others contemplate a disparity oriented information agenda there is a danger of collecting the wrong information that is of secondary importance?

Mr. Cappe: I believe the marginal value of information is positive across the board. I once heard someone say there are some things you do not want to know — you do not want to know what your daughter did on her date last night or when you might die — but you want to know pretty well everything else. You need to know all those things. Do not, therefore, say that we will take the measured and say that is the target we want to improve. Go back to the overall conception of health outcomes and what you think you can do to improve health outcomes, but do not just do the things you can measure. Keep a very high level of focusing on the more unmeasurable.

Mr. Lewis: What can you not measure about this? What are you worried about as this elusive, unmeasurable phenomenon that we cannot get at?

Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques : Le rapport du comité publié en avril 2008 parle, entre autres, des difficultés qu'éprouvent beaucoup de Canadiens à lire la posologie des médicaments qu'ils prennent, et donc à la suivre. La question que soulève le sénateur Fairbairn est beaucoup plus vaste. C'est une question qui relève beaucoup moins de la capacité de fonctionner que des déterminants de la santé. Je n'avais pas l'intention de dire cela. Je ne veux pas que quiconque pense que mon intervention est antianalytique, mais je veux établir la distinction entre les données, les cibles, et les analyses qu'on fait des données et les cibles qu'on peut définir.

J'ai suivi de près ce qui se passe au Royaume-Uni, et je sais que tout ce qui bouge fait l'objet d'une évaluation là-bas. Lorsqu'on mesure tout ce qui évolue et qu'on établit des cibles pour ces éléments, les gestionnaires gèrent ce qui évolue, mais ils ne gèrent pas les choses importantes. Si vous mesurez ce qui est mesurable et que vous établissez vos objectifs par rapport à ça, vous courez le risque de ne pas définir les bons objectifs. Je veux établir une distinction claire entre les données qu'on utilise pour analyser le problème et pour trouver des façons de le régler et les cibles qu'on peut utiliser. Je remarque encore une fois dans votre rapport que vous parlez beaucoup de l'utilisation de cibles.

Je vais vous donner un exemple. Au Royaume-Uni, on classait les hôpitaux. On procédait à une évaluation complexe fondée sur 32 indicateurs qui permettaient d'établir le classement. L'un de ces 32 indicateurs était ce que pensaient les patients de la qualité de la nourriture. Il y avait aussi la récurrence du cancer du sein. Pour l'administrateur de l'hôpital, l'un de ces indicateurs est facile à gérer, tandis que l'autre est difficile. En établissant des cibles du genre, on a orienté les comportements d'une façon qui, selon moi, n'a pas mené à l'amélioration de la santé, et encore moins des soins de santé.

Je voulais dire cette chose importante : nous avons besoin des données et des analyses, mais il faut éviter d'établir des cibles trop rapidement.

M. Lewis : Est-ce que ce que vous dites, c'est que si l'ICIS et d'autres organisations envisagent un programme de collecte de renseignements sur les disparités, il y a le danger qu'ils ne recueillent pas les bons renseignements et des renseignements d'importance secondaire?

M. Cappe : Je pense que la valeur marginale de l'information est positive dans l'ensemble. Je me suis laissé dire un jour qu'il y a certaines choses qu'on ne veut pas savoir — on ne veut pas savoir ce que sa fille a fait le soir d'avant avec son petit ami ni le moment où on va mourir —, mais on veut savoir à peu près tout le reste. Il faut savoir toutes ces choses. Évitez donc d'établir des objectifs d'amélioration en fonction des seules choses qui ont été mesurées. Revenez-en à l'idée globale des résultats en santé et à ce que vous pensez pouvoir faire pour les améliorer, mais évitez de ne faire que ce que vous pouvez évaluer. Gardez l'œil sur les choses très générales qui sont plus difficiles à évaluer.

M. Lewis : Qu'est-ce qui est donc impossible à évaluer là-dedans? Qu'est-ce qui vous inquiète dans ce phénomène qui nous échappe et que nous n'arrivons ni à mesurer ni à comprendre?

Mr. Cappe: If you are going to look at neighbourhood incomes, there will be a tendency to say we should target this neighbourhood and fix that income problem. It is not that simple. There are many more determinants of income inadequacy and the transmission mechanism into the quality of health.

David Dodge, Former Governor of the Bank of Canada, as an individual: Another way to phrase that is we had better not confuse correlation with causality.

Mr. Lewis: That is a way to phrase it that will appeal to the researchers, to be sure.

Senator Callbeck: First, I want to thank the presenter for a clear and informative presentation. I have a question on the electronic health record, which you mentioned. In my own province they are making great strides in the last few years with this record, and now all the hospitals are using the system. They are moving towards a more comprehensive system.

I wonder about other provinces. Where are the other provinces concerning this HER? Are provinces working to have the same data collected? Are they all collecting different data? It seems to me if it was the same then it would be much better, because we could use it.

Ms. Yeates: I think there is significant progress being made across the country. In some ways it is early days. It is a very big project. We start to see the kinds of progress you have experienced in your province and we see that across the country.

I think we are starting to see the early wins on the clinical side. The fact that an X-ray or a CT scan goes electronically so it is there when people need it, we are starting to see that for those who have focus on that area.

The thing we have talked much less about, and which will not, in my view, come to bear unless we consciously decide this is what we want, is if we have to standardize certain things to make sure we can use this data for population-health monitoring.

We have not talked about that as much. We have not determined what the rules of the game will be, what will be shared, and why it would be important to standardize certain elements. There may be elements that do not need to be standardized. If they are different from one part of the country to the next, it will not matter.

There are other elements. In trying to understand if we are making progress in diabetes, is incidence better, is the treatment better? If we are actually going to know that over time, we must standardize certain definitions. We have to agree that there are certain things we would use — clinical extractions, essentially, from the electronic health record, which will have all the details and all the identifiable information. We have to agree under what

Mr. Cappe : Si nous nous concentrons sur les revenus dans certains quartiers, nous allons avoir tendance à cibler les quartiers et à régler les problèmes liés au revenu. Les choses ne sont pas aussi simples. Il y a de nombreux autres déterminants de l'insuffisance du revenu et du mécanisme qui fait que cela a une incidence sur la santé.

David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada, à titre personnel : Autrement dit, il ne faut pas confondre corrélation et causalité.

Mr. Lewis : Voilà une façon de dire les choses qui va plaire aux chercheurs, sans aucun doute.

Le sénateur Callbeck : Tout d'abord, je souhaite remercier l'intervenante d'avoir présenté un exposé clair et informatif. J'ai une question au sujet du dossier de santé électronique, dont vous avez parlé. Dans ma province, on a fait beaucoup de choses en ce sens au cours des dernières années, et tous les hôpitaux utilisent ce système maintenant. Ils sont en train d'adopter un système plus complet.

Je me demandais ce qu'il en était des autres provinces. Où en sont les autres provinces, par rapport à ce DSE? Les provinces recueillent-elles les mêmes données? Recueillent-elles toutes des données différentes? Il me semble que si c'était les mêmes données partout, ce serait beaucoup mieux, parce que nous pourrions utiliser ces données.

Mme Yeates : Je pense que les choses avancent bien dans l'ensemble du pays. D'une certaine manière, ce n'est que le début. C'est un très gros projet. Nous commençons à voir les choses progresser comme dans votre province, et nous sommes témoins de cela dans l'ensemble du pays.

Je pense que nous commençons à voir les premiers résultats positifs du côté clinique. Le fait de disposer d'une radiographie ou d'un tomodensitogramme en format électronique permet aux gens d'utiliser ces choses lorsqu'ils en ont besoin, et nous commençons à voir cela pour les gens qui travaillent dans ce domaine.

La chose dont nous avons beaucoup moins parlé, et qui, selon moi, ne va pas avoir d'incidence si nous ne décidons pas consciemment que c'est ce que nous voulons, c'est si nous devons normaliser certaines choses pour nous assurer de pouvoir utiliser ces données pour effectuer le suivi de la santé des populations.

Nous n'en avons pas beaucoup parlé. Nous n'avons établi ni les règles du jeu, ni ce qui va être mis en commun, ni les raisons pour lesquelles il serait important de normaliser certains éléments. Il y aura peut-être des éléments qu'il ne sera pas nécessaire de normaliser. Si ceux-ci sont différents d'une région du pays à l'autre, cela n'aura pas d'importance.

Il y a d'autres éléments. Lorsqu'il s'agit de déterminer si nous faisons des progrès par rapport au diabète, est-ce que l'incidence est mieux ou est-ce que c'est le traitement qui est mieux? Si nous sommes en mesure de le savoir à un moment donné, nous devons normaliser certaines définitions. Nous devons convenir de l'utilisation de certaines choses — des données cliniques, essentiellement, tirées du dossier de santé électronique, qu

rules, prohibitions and privacy safeguards we would extract for these population health measures, which will be enormously important.

The electronic health record is currently going very well in various parts of the country although, we are not yet at that stage where we are consciously thinking about what we will use the record for in a population health context.

Lars Osberg, Department of Economics, Dalhousie University: I would like to emphasize an issue that is important for data, analysis and policy purposes, and that is the long lags that are inherent in some of the socio-economic determinants of health. If you think of some of the socio-economic determinants of health as shocks or injuries or stressors to the system, very often individuals and families can buffer them for a while and the impacts do not show up right away, but they are latent and show up way down the road.

In terms of extreme events, we have known for a long time that low-birth-weight babies have poorer health while infants, and then all sorts of poorer health outcomes later on, through their entire life course, because of injuries *in utero*.

In less-developed countries, it has been known for quite some time that if there is a famine and poor nutrition, young children lose height and never quite get it back. Years later, they have poorer cognitive and social outcomes in many different directions. In terms of extreme events, we have known this for a long time, but many of the processes we are trying to tease out are subtler.

Think of the impact of a spell of poverty on a child. The Panel Study of Income Dynamics in the United States started in the 1970s, and they are now following up on some of the children from those families who are entering their mid-30s. For people aged 18 years to 20 years, their youth is a tremendous buffer against many ailments, so many conditions did not show up for several years. However, when they are entering their 30s, some of these latent injuries that were received early on in life do start to show up.

The data problem in Canada is that we did not have a similar study to the Panel Study of Income Dynamics starting in the 1970s, and we are only instituting those kinds of surveys now. The problem there is that some of them are on six-year rotation panels, so we will not ever get this long span of data that we need to fully analyse it. We have to depend on administrative records for at least some of our reaching back in time.

contiendra tous les détails et toute l'information permettant l'identification. Nous devons convenir des règles, des interdictions et des mécanismes visant à assurer la protection des renseignements personnels dans le cadre desquels nous obtiendrons ces données sur la santé des populations, qui seront d'une importance capitale.

Les choses avancent très bien, pour ce qui est du dossier de santé électronique, dans différentes régions du pays, quoique nous n'en soyons pas encore rendus à l'étape où nous réfléchissons consciemment à l'utilisation que nous allons faire de ce dossier dans le contexte de la santé des populations.

Lars Osberg, Département d'économie, Université Dalhousie : J'aimerais insister sur une chose importante par rapport aux données, aux analyses et aux politiques, et il s'agit de la longueur des périodes qu'il faut envisager lorsqu'on examine certains déterminants socioéconomiques de la santé. Si vous imaginez certains des déterminants socioéconomiques de la santé comme des chocs, des blessures ou des contraintes exercées sur le système, dans bien des cas, les personnes et les familles peuvent les absorber pendant un certain temps, et les répercussions ne sont pas tout de suite manifestes, mais elles sont latentes et finissent par ressortir.

Pour ce qui est des événements extrêmes, nous savons depuis longtemps que les enfants qui naissent avec une insuffisance de poids sont moins en santé que les autres pendant qu'ils sont nourrissons, et qu'il y a toutes sortes d'autres problèmes de santé qui découlent de cela par la suite, pendant toute leur vie, à cause des blessures subies dans l'utérus.

Dans les pays en développement, on sait depuis assez longtemps que la famine et la malnutrition font que les jeunes enfants sont plus petits qu'ailleurs et ne rattrapent jamais vraiment les autres. Des années plus tard, ils obtiennent des résultats plus faibles que les autres sur les plans cognitif et social à de nombreux égards. Pour ce qui est des événements extrêmes, nous savons ces choses depuis longtemps, mais bon nombre de processus que nous essayons de comprendre sont plus subtils.

Pensez aux répercussions d'une période de pauvreté sur un enfant. La Panel Study of Income Dynamics a été entreprise dans les années 70 aux États-Unis, et les personnes qui effectuent cette étude suivent aujourd'hui l'évolution de certains des enfants de ces familles qui ont fait l'objet de l'étude, enfants qui sont maintenant dans la mi-trentaine. Chez les jeunes de 18 à 20 ans, la jeunesse occulte beaucoup d'affections, ce qui fait qu'il y en a beaucoup qui ne se manifestent pas avant plusieurs années. Cependant, lorsqu'ils arrivent dans la trentaine, certaines de ces blessures latentes qu'ils ont subies étant jeunes commencent à faire surface.

Le problème que nous avons, au Canada, par rapport aux données, c'est que nous n'avons pas commencé une étude du genre de la Panel Study of Income Dynamics dans les années 70, et nous ne commençons que maintenant à faire ce genre d'enquête. Le problème que cela pose, c'est que ces études sont effectuées en partie par des groupes créés pour six ans, ce qui fait que nous n'allons jamais recueillir des données pendant

The policy problem is that if you dismantle the social safety net in the mid-1990s, a lot of things will not happen right away, but you are increasing the depth of poverty and that will have some impact down the road, years later. The government that makes the decisions one way or another does not pay the price, in health costs, for their social policy decisions. Similarly, the government that makes the decisions to improve social policy does not themselves reap the benefits in terms of health care costs because they are way down the road.

There is a data problem, an analysis problem and a policy problem, and they are driven by the long lag between injury and outcome, as you often observe in the socio-economic determinants of health.

Senator Segal: I find myself in agreement with both Mr. Osberg and Mr. Cappe, particularly in the context of trying to do an impact assessment of the various factors that impact on public health and trying to have some weighting. We are far away from knowing that; I understand that. Clearly, from the point of view of public policy and from the point of view of what governments should do with their limited resources, having some understanding of that will be of immense assistance.

I also think that to some extent it is of value, in the use of Ms. Yeates' CIHI statistics, for us to also reflect on what government does well. Government does not do all things well, no matter who is in power; and government does some things extremely well.

To the extent the committee, in its wisdom, will be offering advice as to what government might do about increasing the positive aspects of population health, it will be important to marry the numbers with some sense of what we think governments — federal and provincial level — can do well, as opposed to those things which evidence has indicated consistently, whether it is a government of the left or the centre or the right, or a mix of all three, just cannot do well because it is beyond the range of what governments can do in a host of different ways. While that is a tall order to ask any subcommittee or committee to assess, the salience of the advice that is offered and the degree to which it is picked up quickly and used will depend on how far the committee is prepared to go on those kinds of recommendations.

Mr. Lewis: When you hear where we stand in some international rankings, whether or not we can quibble with the methodology, we are dead last in value for money in our health

suffisamment longtemps pour faire une analyse complète. Nous devons compter sur les dossiers administratifs pour au moins une partie des analyses que nous faisons sur des périodes passées.

Le problème qui se pose sur le plan des politiques, c'est qu'en supprimant le filet de sécurité sociale au milieu des années 90, beaucoup de choses ne se sont pas produites tout de suite, mais on a fait augmenter l'ampleur de la pauvreté, ce qui va avoir des répercussions à long terme, des années plus tard. Le gouvernement qui prend les décisions dans un sens ou dans l'autre, n'a pas à payer le prix, sur le plan des coûts liés à la santé, de ces décisions relatives aux politiques sociales. Parallèlement, le gouvernement qui décide d'améliorer les politiques sociales ne profite pas lui-même de la diminution des coûts liés aux soins de santé, parce que cette diminution a lieu beaucoup plus tard.

Il y a un problème de données, un problème d'analyse et un problème de politiques, et ces problèmes découlent du laps de temps important qu'il y a entre la blessure et son effet, comme on peut souvent l'observer dans le domaine des déterminants socioéconomiques de la santé.

Le sénateur Segal : Je suis d'accord avec MM. Osberg et Cappe, surtout pour ce qui est d'essayer d'évaluer les différents facteurs qui ont des répercussions sur la santé publique et d'essayer de pondérer ces facteurs. Nous sommes loin de posséder ces connaissances; c'est quelque chose que je comprends. Il est clair, que, du point de vue des politiques publiques et du point de vue de ce que les gouvernements peuvent faire avec des ressources limitées dont elles disposent, avoir une idée de cela va être extrêmement utile.

Je pense aussi qu'il est utile, dans une certaine mesure, par rapport à l'utilisation que Mme Yeates fait des chiffres de l'ICIS, que nous réfléchissions également à ce que le gouvernement fait bien. Le gouvernement ne fait pas tout comme il faut, peu importe qui est au pouvoir, mais il fait certaines choses extrêmement bien.

Dans la mesure où le comité, dans sa sagesse, va donner au gouvernement des conseils sur ce qu'il pourrait faire pour accroître les aspects positifs de la santé des populations, il sera important d'associer les chiffres à une idée de ce que nous pensons que les gouvernements — le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux — peuvent faire bien, plutôt que de ces choses dont les données ont montré systématiquement que les gouvernements ne peuvent pas les faire bien, que ce soit un gouvernement de la gauche, du centre ou de la droite, ou une combinaison des trois, simplement parce qu'elle dépasse la portée de ce que les gouvernements peuvent faire de toutes sortes de façons. C'est une entreprise de taille que de demander à un sous-comité ou à un comité d'évaluer cela, la pertinence du conseil donné et la mesure dans laquelle il sera écouté et appliqué rapidement dépendra de ce que le comité sera prêt à faire par rapport à ce genre de recommandations.

M. Lewis : Lorsque vous entendez notre position dans les classements internationaux, que la méthode soit contestée ou non, nous arrivons au dernier rang pour ce qui est de l'utilisation

and social spending. Is that a motivator? Is that the kind of data that might make this a little less obscure?

Should governments collectively be confessing and saying that for some reason we have this fundamentally wrong and it has something to do with our inability to reduce inequalities, which I think is at the root of the value-for-money issue?

Senator Segal: I share that perspective intensely. Mr. Lewis, and will be making brief comments along that same theme a little later in the agenda.

Let me also make the case that there is a correlation, and I think a causality — if I may be so bold, in the presence of intense economic skill sets that I do not share — with regard to the core question of poverty. I think it emerges directly from Ms. Yeates' numbers. If you look at those countries that are doing better than we on certain measures, the answer is they are doing better on population health for reasons that relate to the way they have narrowed the gaps. From Disraeli to Adlai Stevenson, people have been grappling with that issue, and it is my view that it is something on which the committee should offer some reflection.

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer, Public Health Agency of Canada: I would like to wade in on the numbers debate before I address the other points. Concerning correlation and causation, I cannot count the number of times I have seen umbrellas cause rain because there are more on a rainy day. When the numbers of umbrellas are reported, those numbers then drive the decisions. The nature of evidence is something that requires work.

To return to Mr. Cappe's comment about what gets measured does get done, we have seen that in terms of *Maclean's* surveys and others skewing decision-making in order to look good. It is really important to make clear what we actually decide to measure and track, and the context in which we measure and track it. Where we do not have data on something that is important, we need to find a way of either measuring it or at least understanding the logic model behind it.

Part of the challenge for data is that poverty, for me, is a constellation. It is not simply an issue of economics. It is a constellation of poverty, relationship, community, education and literacy. To tease out the determinants as isolated components, as we tend to do in medicine and other realms, is exceedingly important in understanding the dynamics and the interrelationships, but also very difficult to do.

optimale de l'argent investi dans le domaine de la santé et des services sociaux. Est-ce que c'est un facteur de motivation? Est-ce que c'est le genre de données qui est susceptible de rendre la question un peu moins obscure?

Est-ce que les gouvernements devraient collectivement se confesser et avouer que, pour une raison ou une autre, nous avons commis une erreur fondamentale et que cela a à voir avec notre incapacité de réduire les inégalités, qui, à mon sens, sont au cœur du problème de l'optimisation des ressources?

Le sénateur Segal : Je suis tout à fait d'accord, monsieur Lewis, et je vais faire une brève observation sur ce thème un peu plus tard au cours de la séance.

Permettez-moi également de dire qu'il y a une corrélation, et, à mon avis, un lien de cause à effet — si je peux me permettre de dire les choses ainsi en présence de gens qui possèdent de fortes compétences en économie que je ne possède pas moi-même — en ce qui concerne la question fondamentale de la pauvreté. Je pense que cela découle directement des chiffres qu'a présentés Mme Yeates. Si l'on jette un coup d'œil du côté des pays qui s'en tirent mieux que nous d'après certains indicateurs, la réponse est qu'ils obtiennent de meilleurs résultats en santé des populations pour des raisons qui ont trait à la façon dont ils ont réduit les écarts. De Disraeli à Adlai Stevenson, les gens se sont attaqués à ce problème, et je suis d'avis que c'est une chose à laquelle le comité devrait réfléchir.

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada : J'aimerais m'attaquer à la question des chiffres avant de parler des autres choses. Pour ce qui est des corrélations et des liens de cause à effet, je ne pourrai pas vous dire le nombre de fois que j'ai vu des parapluies causer la pluie parce qu'on en voit davantage pendant les journées pluvieuses. Lorsqu'on fait état du nombre de parapluies, ces chiffres sont le fondement des décisions qui sont prises. La nature des données est une chose à laquelle il faut travailler.

Pour revenir sur ce que M. Cappe a dit au sujet du fait que c'est dans les domaines où on évalue des choses qu'on prend des mesures, on a vu cela se produire dans le cas des sondages réalisés par *Maclean's* et par d'autres organisations, où le processus décisionnel est orienté de façon à faire en sorte que les choses paraissent bien. C'est vraiment important de clarifier ce que nous décidons d'évaluer et de surveiller, ainsi que le contexte dans lequel nous effectuons l'évaluation et le suivi. Dans les cas où nous ne disposons d'aucune donnée sur des choses importantes, nous devons trouver le moyen soit d'évaluer ces choses, soit, à tout le moins, de comprendre le modèle logique sous-jacent.

Une partie du problème qui touche les données, c'est que la pauvreté, à mes yeux, fait partie d'une constellation de problèmes. Il ne s'agit pas que d'une simple question d'économie. Il s'agit d'une constellation formée de la pauvreté, des relations, de la collectivité, de l'éducation et de l'alphabétisation. Dégager les déterminants comme les composantes isolées, comme nous avons tendance à le faire en médecine et dans d'autres domaines, est une

One thing that has always intrigued me, having looked at this issue for a few decades now, is why is it that in neighbouring outposts, with the same economic conditions, the same geography, the same everything, one is healthy and one is not? What are the factors? We have not done enough research on that. We have some ideas about that, but we are not so sure.

We have not used natural experiments enough, both internationally, in terms of policy decisions and implementation, and even nationally. In the 1990s, one of the best things Saskatchewan did for health was provide benefits to low-income families coming off welfare so they did not lose their dental and drug plan for their kids. That had as big an impact on the health of that province as just about anything else in terms of narrowing the gap. We have data to support that, but we have not effectively used that data.

I share Ms. Yeates' enthusiasm for the better collection of data. However, part of the challenge is making sure we understand the purposes and the differences between surveillance, where we are collecting data on a routine basis to track things, and routine data collection for the purposes that Ms. Yeates is talking about with CIHI and others and research. We need to be clear about the question we are asking and what is the best way to get at it to elucidate the fact that it is not the umbrellas causing the rain or other things, and then how applicable is it and in how many places beyond the place that the research gets done.

Finally, back to Ms. Bégin's point, at what point do we know enough? Do we have enough information to make some kind of a decision or move in this direction rather than another and then to evaluate and assess it? It has been in the population health debate for a long time now. We can do a number of things at the community level to make a difference in people's lives. We have to do macro-policy, which became an excuse because while we are working on this, we do not have the focus and energy to do the things that make a difference in everyday lives. It is a combination of those. It is not an either/or situation. It is that interface between the various dynamics of the determinants and poverty, and the relationship is not simply government or individual but rather the constellation of those that reduces disparities and improves overall health.

chose extrêmement importante pour comprendre la dynamique et les interrelations, mais c'est également une chose très difficile à faire.

L'une des choses qui m'ont toujours intrigué, comme j'examine la question depuis quelques décennies, c'est ce qui fait qu'une personne peut être en santé et une autre non dans deux villages voisins où tout est pareil : la situation économique, la géographie, tout. Quels sont les facteurs qui entrent en jeu? Nous n'avons pas fait suffisamment de recherches là-dessus. Nous avons certaines idées à cet égard, mais nous ne sommes pas vraiment sûrs de tout comprendre.

Nous n'avons pas suffisamment tiré parti des expériences naturelles, tant à l'échelle internationale, sur le plan des décisions stratégiques et de leur application, qu'à l'échelle nationale. Dans les années 90, l'une des meilleures choses qu'on a faites en Saskatchewan pour la santé de la population, ça a été d'offrir des prestations aux familles à faible revenu qui cessaient de vivre de l'aide sociale, de façon qu'elles ne perdent pas l'accès aux régimes de soins dentaires et de médicaments pour les enfants. Cette mesure a eu un effet aussi important sur la santé de la population de la province qu'à peu près tout le reste, pour ce qui est de réduire l'écart. Nous disposons de données qui le montrent, mais nous ne les avons pas utilisées de façon efficace.

Je partage l'enthousiasme de Mme Yeates au sujet d'une meilleure collecte des données. Cependant, le défi consiste en partie à nous assurer que nous comprenons les objectifs et les différences entre la surveillance, c'est-à-dire le fait de recueillir des données régulièrement pour effectuer le suivi de certaines choses, et la collecte régulière de données aux fins dont Mme Yeates a parlé, par rapport à l'ICIS et à d'autres organisations et par rapport à la recherche. Nous devons formuler clairement les questions que nous posons et le meilleur moyen d'obtenir les réponses, pour montrer que ce ne sont pas les parapluies qui causent la pluie et les autres phénomènes, nous devons ensuite préciser la mesure dans laquelle ces données s'appliquent et dans laquelle elles s'appliquent ailleurs qu'à l'endroit où les recherches ont été effectuées.

Enfin, pour revenir sur ce que Mme Bégin a dit, à quel moment en savons-nous suffisamment? Possédons-nous suffisamment d'informations pour prendre une quelconque décision ou pour nous orienter vers une direction plutôt qu'une autre, et pour ensuite évaluer notre choix? C'est une question qui fait partie du débat sur la santé des populations depuis longtemps. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire à l'échelon communautaire pour changer la vie des gens. Nous devons élaborer des politiques à grande échelle, ce qui est devenu une excuse, puisque, pendant que nous travaillons là-dessus, nous ne pouvons nous concentrer sur autre chose ni consacrer d'énergie à faire ce qui change des choses dans la vie de tous les jours. La réponse est une combinaison des deux. Ce n'est pas une situation où il faut choisir l'une ou l'autre de ces choses. C'est cette interface des différentes dynamiques des déterminants et de la pauvreté, et la relation a trait non pas simplement au gouvernement ou aux citoyens, mais bien à la constellation de ces éléments qui réduisent les disparités et qui contribuent à l'amélioration de la santé en général.

The Chair: I would like to tease something out that has been of tremendous importance, and it has been raised first by Ms. Bégin, then you, and Mr. Cappe is raised it as well. As we try to contribute to the system in our report, at what point do we settle on a subject and decide we know enough about it — even though we do not know everything — to make some very firm recommendations. Let me give you the example of early maternal health and early childhood development. We went to Cuba because that very poor country, which cannot afford the kind of health care delivery systems we have, asked itself what it would concentrate on and decided to concentrate on healthy mothers and healthy children. Believe me; Cuba has accomplished that goal. I want to use that as an example because I think that in this country, we could have a tremendous health, economic and productivity impact if we zeroed in on maternal health and early childhood development.

Gina Browne, Professor of Nursing and Clinical Epidemiology, McMaster University: Thank you for your invitation.

I thank Ms. Yeates for her data. I do research and I do read CIHI reports, but today I would like to respond to some of your points, Ms. Yeates, from the point of view of 30 years as a practicing family therapist.

Picking up on the senator's idea of maternal and child health, I would like to tell you about one of my families where the mother is a product of a heroin mother, so she was born brain damaged. She now has a brand new little child who is perfect, so far; however she has poor income, is on social assistance, has housing problems, interpersonal difficulties and problems parenting. She has every problem that you mentioned.

To return to the idea of causality, when you listen to the intergenerational stories about people with mental distress much of the everyday mental illness goes unrecognized. That is to say, that 97 per cent is undetected and reported as depression and anxiety, often coexisting. I am not referring to serious mental illness, which is horrible, but it is only 3 per cent.

With respect to severe major depression, anxiety and panic attacks, in my study, 61 per cent of mothers on social assistance have just that amount, and not only do they have two or more mental health conditions, but 40 per cent have three or more serious physical health conditions and children with behaviour problems and so forth.

All of these issues of education, income, healthy practices, birth weight and so forth could all boil down to — I do not like to make things so simple — the presence or absence of poor mental health, which gives rise to poor parenting practices. Some mothers with depression do not have bad parenting practices, so it is not a straight line. However, problems with mental health affect child stimulation, learning and their literacy. It affects their income,

Le président : J'aimerais mettre en lumière une chose très importante, qui a été abordée d'abord par Mme Bégin, puis par vous, et M. Cappe l'a abordée aussi. Lorsque nous essaierons de contribuer à l'amélioration du système en rédigeant notre rapport, à quel moment devons-nous choisir un sujet et décider que nous savons suffisamment de choses à ce sujet — même si nous ne savons pas tout —, afin de pouvoir formuler des recommandations très précises. Permettez-moi de vous donner l'exemple de la santé des mères et du développement du jeune enfant. Nous avons visité Cuba, parce que ce pays très pauvre, qui ne peut s'offrir le genre de système de prestations des soins de santé que nous avons, s'est demandé sur quoi il allait se concentrer, et a décidé de se concentrer sur la santé des mères et des enfants. Croyez-moi, on a atteint ce but à Cuba. Je vous donne cet exemple parce que je pense que nous pourrions obtenir de très bons résultats en matière de santé, d'économie et de productivité si nous nous concentrons sur la santé des mères et sur le développement du jeune enfant.

Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie, Université McMaster : Merci de votre invitation.

Je remercie Mme Yeates des données qu'elle nous a présentées. Je fais des recherches et je lis les rapports de l'ICIS, mais, aujourd'hui, j'aimerais réagir à certaines des choses que vous avez dites, madame Yeates, du point de vue d'une personne possédant 30 ans d'expérience de la thérapie familiale.

Pour partir de ce que le sénateur disait au sujet de la santé de la mère et de l'enfant, j'aimerais vous parler de l'une des familles dont je m'occupe, dont la mère est la fille d'une héroïnomane, ce qui fait qu'elle avait des troubles cérébraux dès la naissance. Elle vient d'avoir un enfant qui est en parfaite santé jusqu'à maintenant; cependant, son revenu est faible, elle dépend de l'aide sociale, elle a des problèmes liés au logement, elle a des problèmes de relations interpersonnelles et des problèmes liés à son rôle de mère. Elle a tous les problèmes dont vous avez parlé.

Pour revenir sur l'idée de lien de cause à effet, lorsqu'on écoute les histoires intergénérationnelles au sujet de gens qui souffrent sur le plan psychologique, une bonne partie des troubles mentaux ordinaires passent inaperçus. En fait, 97 p. 100 de ces troubles passent inaperçus, et on dit qu'il s'agit de dépression et d'anxiété, souvent chez la même personne. Je ne parle pas des troubles mentaux graves, qui sont terribles, mais qui ne comptent que pour 3 p. 100 du total.

Pour ce qui est de la dépression et de l'anxiété graves et des crises de panique, selon une étude que j'ai faite, 61 p. 100 des mères qui vivent de l'aide sociale n'ont que ça, et non seulement elles ont deux troubles de santé mentale ou plus, mais 40 p. 100 d'entre elles ont trois troubles de santé physique ou plus, et leurs enfants ont des problèmes de comportement, et ainsi de suite.

Tous les problèmes liés à l'éducation, au revenu, à l'hygiène, au poids des enfants à la naissance et ainsi de suite pourraient se résumer — je n'aime pas simplifier autant les choses — à la santé mentale, et les parents qui n'ont pas une bonne santé mentale ne seraient en pas en mesure de bien jouer leur rôle de parents. Il y a des mères dépressives qui s'occupent bien de leurs enfants, alors ce n'est pas quelque chose d'absolu. Cependant, les troubles de santé

and it affects their ability to buy fruit and vegetables. Many people use substance abuse as a form of self-medicating behaviour. It gives rise to interpersonal difficulties and problem solving, giving rise to further adverse events in a person's life.

I agree with the point that it is a constellation of types of impoverishment that are interacting. These kinds of adverse events change biology and genes, and then it becomes intergenerational. We know that even if people are born with certain limitations, a good environment or whatever can set them apart better than others. Therefore, in all the literature about determinants of health, I never see people's mental illness emphasized enough. We treat mental illness as if it is just one other organ, namely, the brain, whereas I see health defined as the capacity to respond to life's predicaments and challenges. If you have mental illness, you cannot respond as well, and it is not under your control. That is what I wanted to say.

I agree with all of that, but I think it boils down to underlying mental health issues on which we have very little data.

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health for the Canadian Institutes of Health Research: Good morning. I would like to thank Dr. Keon for inviting me and recognize the work of the Honourable Monique Bégin and the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, with Sir Michael Marmot.

One of the things Michael Marmot talks about is the causes of causes, so when we talk about disparities, everyone here understands that they are caused by socio-economic circumstances. In Aboriginal health, we talk about the causes of causes. In other words, the causes of poverty relate to the political economy of Canada and the historical circumstances that have placed Aboriginal people, particularly First Nations, at a disadvantage. Many of us believe that we are in a post-failed-assimilation context, whereas if assimilation had actually worked, Aboriginal people would have been part of mainstream Canada and the problem would have been solved. It has not worked; it has been a colossal failure. In fact, in most of the evidence we can see now, more Aboriginal people are self-identifying. There has been a turnaround. Therefore, the problem, if you want to characterize it as a problem, is that it is getting bigger. More and more Aboriginal people and more and more First Nations people are proud of who they are, and it is an urban problem as well as a rural, northern and isolated circumstance.

mentale ont un effet négatif sur la stimulation des enfants, leur apprentissage, et leur degré d'alphabétisation. Cela a un effet sur leur revenu, et aussi sur leur capacité de se procurer des fruits et des légumes. Beaucoup de gens ont recours aux drogues comme à une espèce de traitement personnel. Cela engendre des difficultés dans les relations interpersonnelles, et il en découle d'autres événements négatifs dans la vie de la personne.

Je suis d'accord avec l'idée qu'il s'agit d'une constellation d'éléments appauvrissants en interaction. Ce genre d'événements négatifs modifient les caractéristiques biologiques et les gènes, et le problème devient intergénérationnel. Nous savons que même si une personne a certaines limites à la naissance, si elle grandit dans un bon milieu, elle peut se démarquer des autres. Ainsi, dans toute la documentation au sujet des déterminants de la santé, je trouve qu'on n'insiste jamais suffisamment sur la santé mentale des gens. Nous traitons les troubles mentaux comme s'il ne s'agissait que d'un autre organe, c'est-à-dire le cerveau, tandis que, pour moi, la santé se définit par la capacité d'une personne de faire face aux obstacles et aux défis de la vie. La personne qui est atteinte de troubles mentaux ne peut réagir aussi bien qu'une autre, et cela échappe à son emprise. C'est ce que je voulais dire.

Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit, mais je pense que cela se résume à des troubles de santé mentale sous-jacents sur lesquels nous avons très peu de données.

Dr Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada : Bonjour, j'aimerais remercier le Dr Keon de m'avoir invité et souligner l'importance du travail de l'honorable Monique Bégin et de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, avec sir Michael Marmot.

Michael Marmot parle entre autres des causes des causes, alors quand nous parlons des disparités, tout le monde ici présent comprend qu'elles sont causées par la situation socioéconomique. En santé autochtone, nous parlons des causes des causes des causes. En d'autres termes, les causes de la pauvreté ont trait à l'économie politique du Canada et aux événements historiques qui ont placé les peuples autochtones, et particulièrement les Premières nations, dans une situation désavantageuse. Bon nombre d'entre nous pensons que nous vivons une période postérieure à une assimilation ratée, alors que si l'assimilation avait été réussie, les Autochtones feraient partie de la population dominante du Canada, et le problème aurait été réglé. L'assimilation n'a pas fonctionné; ça a été un échec colossal. En fait, d'après la plupart des données dont nous disposons à l'heure actuelle, de plus en plus d'Autochtones s'auto-identifient comme membres de ce groupe. Il y a eu un revirement de situation. Ainsi, le problème, si vous voulez qualifier cette situation de problème, c'est que le phénomène prend de l'ampleur. De plus en plus d'Autochtones et de plus en plus de membres des Premières nations sont fiers de leur identité, et il s'agit d'un problème dans les villes ainsi que d'une situation qui est en train de se produire dans les milieux ruraux, dans le Nord et dans les collectivités isolées.

I characterize it as a problem, as many people do, because there is this gap in life expectancy that we all know very well. One of the problems about my talking to this group is there is little that I can tell you that you have not already heard. We all share that information and we are preaching to the converted in a sense. However, a couple of things are important to underline.

The first one has to do with data. I liked Mr. Butler-Jones' analogy to rain and umbrellas; I like the rain analogy. In Aboriginal health, we are raining data, but there is not a drop of data to drink. That is the problem. We tend to be excluded from access to the information that would improve our lives. We have made some progress, but we could be making more progress in terms of looking at how we would democratize access to data and information that would provide us with the opportunity to make convincing arguments to improve our health care strategies.

I underline what Ms. Potvin mentioned in her presentation about interventions and what works and at what levels. Ms. Yeates wrote, "Very little research output addresses intervention research related to health disparities." That is true. Canada has failed to actually invest the resources to do long-term studies that test interventions, particularly related to sustainable economic development in marginalized populations and communities. In the end result, it is the sustainable economic development, the access to resources, the elimination of extreme poverty and the ability of those families to purchase other determinants of health that will improve the health and well-being of those communities. We have known this for 30 years or more. Social theorists have shown that Aboriginal self-determination would be connected in the long-term to improvements in health, but we failed to do that. The most promising opportunity and failure was the Kelowna Accord, where \$5.1 billion was allocated in a unique partnership that would have narrowed the gap, or begun to, but at the eleventh hour that was actually disbanded.

We are in the post-Kelowna Accord environment where Canadians are starting to think, well, maybe the gap in life expectancy and well-being for Aboriginal people is acceptable for Canadians. Maybe we have come to the point where we accept the fact that that will not ever change. I think that is unacceptable. It is unacceptable for Canadians, our system of equality and fairness and the social things we consider to be our values.

The final point I want to make has to do with international comparisons. There are striking similarities between the circumstances and history of Aboriginal people in Canada and indigenous populations worldwide. In the recent opening of Parliament in Australia, the Prime Minister gave a four-page speech about "stolen generations," like the residential schools thing that happened in Canada. What he said was remarkable.

Je dis que c'est un problème, comme beaucoup d'autres, parce qu'il y a un écart au chapitre de l'espérance de vie, comme nous le savons tous très bien. L'un des problèmes que pose le fait que je parle de ce groupe, c'est que je ne peux pas vous dire grand-chose que vous n'avez pas déjà entendu. Nous avons tous cette information, et, dans un sens, nous prêchons des convertis. Il y a cependant deux ou trois choses importantes à souligner.

La première a trait aux données. J'aime bien la métaphore de M. Butler-Jones au sujet de la pluie et des parapluies; j'aime bien la métaphore de la pluie. En santé autochtone, les données pleuvent, mais il n'y a pas une goutte de données à boire. C'est ça le problème. Nous n'avons généralement pas accès à l'information qui nous permettrait d'améliorer notre qualité de vie. Nous avons fait des progrès, mais nous pourrions en faire davantage en envisageant des façons de démocratiser l'accès aux données et à l'information qui nous offriraient la possibilité d'avancer des arguments convaincants en vue de l'amélioration de nos stratégies relatives aux soins de santé.

Je souligne ce que Mme Potvin a dit dans son exposé au sujet des interventions et de ce qui fonctionne à quels niveaux. Mme Yeates a écrit : « Très peu de données de recherche concernent la recherche interventionnelle sur les disparités en matière de santé. » C'est vrai. Le Canada n'a pas investi les ressources nécessaires pour effectuer des études à long terme afin d'évaluer les interventions, surtout en ce qui a trait au développement économique durable des populations et des collectivités marginalisées. Au bout du compte, c'est le développement économique durable, l'accès aux ressources, l'élimination de la pauvreté extrême et la capacité de ces familles de se procurer les choses qui sont d'autres déterminants de la santé qui va permettre l'amélioration de la santé et du bien-être de ces collectivités. Nous le savons depuis au moins 30 ans. Les théoriciens de la société ont montré que, chez les Autochtones, l'autodétermination serait liée à long terme à des améliorations au chapitre de la santé, mais nous n'avons pas suivi ce processus. L'occasion la plus prometteuse, qui s'est soldée par un échec, a été l'Accord de Kelowna, aux termes duquel 5,1 milliards de dollars ont été octroyés dans le cadre d'un partenariat unique qui aurait réduit l'écart, ou commencé à le faire, mais, à la dernière minute, il a été annulé.

Nous sommes en train de vivre la période postérieure à l'Accord de Kelowna, et les Canadiens commencent à penser que l'écart qui sépare les Autochtones d'eux au chapitre de l'espérance de vie et du bien-être est peut-être acceptable. Nous en sommes peut-être arrivés au point où nous acceptons le fait que ça ne changera jamais. Je pense que c'est inacceptable. Ce doit être inacceptable aux yeux des Canadiens, dans notre système d'égalité et d'équité et d'éléments sociaux que nous considérons comme étant nos valeurs.

La dernière chose que je veux dire a trait aux comparaisons avec les autres pays du monde. Il y a des vraisemblances frappantes entre la situation et l'histoire des peuples autochtones du Canada et les populations autochtones du monde entier. À l'ouverture de la session parlementaire en cours en Australie, le premier ministre a lu un texte de quatre pages au sujet des « générations volées », sur quelque chose de semblable

and it was a complete political turn-around for Australia. They have also launched something called Closing the Gap, and it is interesting that in the federal report here we use the same terminology.

Australia is doing a whole-of-government approach to look at the broader social determinants to close the 22-year gap between indigenous Australians and the rest of Australia. Their economy is strong right now, and perhaps it is a good time for them to consider that approach. We need to focus our efforts in the international area to look at promising practices that occur in other countries.

It was disappointing when Michael Marmot finished his report and did not have an indigenous lens. We had the poverty lens. We had some language about social exclusion. However, there is a unique indigenous lens that is connected to the history and the present circumstances of Aboriginals in Canada, in the North and also around the world.

Sharon Manson Singer, President, Canadian Policy Research

Networks: Thank you very much for the invitation to be here today. I want to speak a bit to the quality of the data available on a provincial basis. If we are to come to a place where we can democratize the data and make it accessible to citizens, it has to be at the provincial level. Newfoundland has probably done the best job of making their data available to citizens through their community accounts, and it is really quite spectacular in terms of being able to measure and compare across communities. British Columbia also invested fairly significantly in looking at regional socio-economic indicators that helped to determine on a health region basis, down to about 55 different regions. Similarly, Manitoba has done a very good job in linking their data sets. The point is that it is very uneven across the country. Ontario, for example, has very little to offer its citizens in terms of being able to measure and compare what is going on.

When we come to the place where we are asking our professionals, our experts, our researchers to analyze the data, it has to come back to citizens who need to be able to look at what they have in their hands in terms of how they are measuring themselves against what is going on. Putting the information and power in the hands of citizens allows those communities to take action. It will also help us, as experts and researchers and politicians and policy-makers, begin to determine the answer to the question, why are some communities healthy and others not? How do people use data to actually turn things around? That is fundamental to the way in which we have to conceptualize this problem. It has to come down to the ability of citizens to ensure that they understand their health. The legions of evidence that we have in so many of these places does not matter a whit if the Canadian public does not believe it.

aux pensionnats indiens au Canada. Ses propos étaient remarquables, et ça a été un revirement politique complet en Australie. Les Australiens ont également lancé une initiative intitulée Comblent l'écart, et il est intéressant de voir que, dans les rapports du gouvernement fédéral, on utilise la même terminologie.

Le gouvernement australien a adopté une approche pangouvernementale des déterminants sociaux en général, dans le but de refermer l'écart de 22 ans entre la population autochtone et le reste de la population du pays. L'économie de l'Australie est forte en ce moment, et c'est peut-être une bonne période pour envisager cette approche. Nous devons concentrer nos efforts pour prendre connaissance des pratiques prometteuses des autres pays du monde.

Il était décevant, à la fin du rapport de Michael Marmot, de voir qu'il n'avait pas envisagé les choses dans l'optique autochtone. Il y avait l'optique de la pauvreté. Il y avait un certain vocabulaire concernant l'exclusion sociale. Cependant, il y a une optique autochtone unique qui est liée à l'histoire et à la situation actuelle des Autochtones du Canada, dans le Nord et ailleurs dans le monde aussi.

Sharon Manson Singer, présidente, Réseau canadien de recherche en politiques publiques : Merci beaucoup de m'avoir invitée à participer à la séance d'aujourd'hui. Je veux parler brièvement de la qualité des données accessibles dans les provinces. Si nous devons en venir à démocratiser les données et à les rendre accessibles aux citoyens, il faut que ce soit à l'échelon provincial. C'est probablement Terre-Neuve qui a le mieux réussi à rendre ces données accessibles aux citoyens par l'intermédiaire des comptes communautaires, et c'est vraiment extraordinaire pour ce qui est de faire des évaluations et des comparaisons entre les collectivités. La Colombie-Britannique a également beaucoup investi pour examiner les indicateurs socioéconomiques régionaux qui ont permis d'évaluer la santé dans les régions, dans environ 55 régions différentes. De même, le Manitoba a fait du très bon travail pour coupler ces ensembles de données. Ce que je veux dire, c'est que c'est très inégal dans l'ensemble du pays. En Ontario, par exemple, on offre très peu de choses aux citoyens pour leur permettre d'évaluer la situation et de la comparer avec ce qui se passe ailleurs.

Lorsque nous en arrivons à demander à nos professionnels, à nos spécialistes, ainsi qu'à nos chercheurs d'analyser les données, il faut que cela revienne aux citoyens, qui doivent pouvoir savoir à quoi s'en tenir et évaluer leur situation par rapport à ce qui se passe. Remettre l'information et le pouvoir entre les mains des citoyens permet aux collectivités de prendre des mesures. Cela va également nous permettre, à nous, les spécialistes, les chercheurs, les politiciens et les décideurs, de commencer à répondre à la question suivante : pourquoi certaines collectivités sont-elles en santé et d'autres pas? Comment les gens utilisent-ils les données pour changer les choses? Voilà qui est un élément essentiel de la façon dont nous devons définir le problème. Il faut que cela revienne à la capacité des citoyens de s'assurer qu'ils comprennent ce qui assure leur santé. Ça ne sert à rien que nous disposions de tant de données sur tous ces endroits si la population canadienne ne croit pas qu'elles décrivent la réalité.

The Chair: We are running out of time for our first theme and I want to think about something Dr Reading raised, which is the whole-of-government approach to population health from Australia, Britain and so forth. Somewhere between up there, a whole-of-government approach, and down here, at the community level for implementation, we would like to assist governments, NGOs and the population at large find a way through this morass to begin to effect change in population health.

We will now turn to our second theme.

Mr. Lewis: We will go directly to Senator Segal who will talk to us about reorienting government policy, which moves us into the main theme of the day.

Senator Segal: Colleagues, I appreciate the invitation to this Population Health Round Table. I know that your work embraces all the determinants of population health and not only poverty. However, I also know from my own experience in various governments that government does not do all things equally well, nor does it have the capacity to do everything. Therefore, choices must be made. Advising on what works best and where the lion's share of resources should go would, in my humble submission, be the most politically salient and impactful counsel this Senate committee could offer.

I will therefore, try to make the case this morning, that poverty is the most seminal and efficiently addressed of the many other important determinants of public health. When poverty is properly addressed, the results are outstanding and far-reaching relatively quickly — more quickly than other determinants you might address with equal determination.

I will suggest a broad reorientation of social policy, which will offend people equally on the left and the right. I will certainly offend all bureaucrats presently in the employ of most governments on this issue, simply because it attacks a core inertia and sense of comfort that we all have acquired, in my view unjustifiably, from the social safety net as it now exists, as we quietly whistle through the graveyard at the failures that are absolutely apparent.

I will make the case that if we could get our government to focus on a negative income tax guaranteed annual income it would, if structured generously enough, bring all Canadians above the poverty line. It would force a regional and effective definition of that line, encourage tax filing compliance, and protect filers' privacy, much more than is the case in our welfare system now. It would increase children's chances and opportunity, improve the database on active poverty, which would be renewed annually and reduce multi-illness life pathologies caused by poverty. It would reduce pressure on hospitals; begin adding to healthy life spans; and increase the

Le président : Le temps que nous avions pour notre premier thème est écoulé, et je veux réfléchir à une question que le Dr Reading a soulevée, c'est-à-dire à l'approche pangouvernementale de la santé des populations qu'ont adoptée l'Australie, la Grande-Bretagne et ainsi de suite. Quelque part entre l'approche pangouvernementale et la mise en œuvre à l'échelle communautaire, nous aimerions aider les gouvernements, les ONG et la population en général à trouver un moyen de sortir de ce marasme et d'amorcer des changements dans le domaine de la santé des populations.

Nous allons passer à notre second thème.

M. Lewis : Nous allons passer directement au sénateur Segal, qui va nous parler de la réorientation des politiques gouvernementales, ce qui nous amène à notre thème principal de la journée.

Le sénateur Segal : Chers collègues, merci de m'avoir invité à participer à une table ronde sur la santé des populations. Je sais que votre travail porte sur tous les déterminants de la santé des populations, et non seulement sur la pauvreté. Je sais cependant, de par mon expérience au sein de différents gouvernements, que les gouvernements ne font pas tout avec la même efficacité, ni n'ont pas la capacité de tout faire. Il faut donc faire des choix. Conseiller ce qui fonctionne et ce dans quoi on devrait investir la majeure partie des ressources est, à mon humble avis, le travail le plus pertinent, sur le plan politique, et le plus susceptible d'avoir des répercussions que le comité sénatorial puisse faire.

J'espère donc vous convaincre ce matin que la pauvreté est le plus fondamental des nombreux déterminants de la santé publique et que c'est en s'attaquant à ce problème qu'on peut obtenir le plus de résultats. En faisant cela, on obtient des résultats remarquables et dont la portée est grande assez rapidement — plus rapidement qu'en s'occupant des autres facteurs avec la même détermination.

Je vais proposer une réorientation générale des politiques sociales, qui va choquer les gens de la gauche comme ceux de la droite. Je vais certainement choquer tous les bureaucrates qui travaillent à ce dossier au sein de la plupart de gouvernements, simplement parce que ma proposition s'attaque à l'inertie fondamentale et au sentiment de confort que nous avons tous acquis, à mon sens de façon injustifiée, de par l'existence du filet de sécurité sociale actuel et que nous sifflons tranquillement alors que nous traversons un cimetière d'échecs tout à fait manifestes.

J'affirme que si nous pouvions convaincre le gouvernement d'offrir un revenu annuel garanti fondé sur un impôt négatif sur le revenu et dont la structure soit suffisamment généreuse, cela permettrait d'amener tous les Canadiens au-dessus du seuil de la pauvreté. Cela aurait également pour effet de rendre nécessaire une définition régionale et fonctionnelle de ce seuil, d'encourager les gens à déclarer leur revenu et de protéger les renseignements personnels des personnes qui produisent une déclaration, beaucoup plus que dans le cadre du régime d'aide sociale actuel. Cela multiplierait les possibilités pour les enfants, améliorerait la base de données sur la pauvreté réelle, qui serait mise à jour

penalties for fraud, which under the tax act are more serious than penalties for gaming the welfare system. This occurs on occasion and we need to be a little sensitive about it.

As we consider design elements and comparative costs, it is my hope that we would look beyond the provincial general social assistance costs, exclusive of education, health care, seniors' pension and Old Age Security entitlements, which I suggest we do not change. We should add those costs to the real costs of running our prisons, our justice system, children's aid, the cost of dealing with family violence and Aboriginal poverty, to determine how much the actual price tag is for the absolute absence of a coherent anti-poverty strategy now.

Around this table, you will perhaps understand better than I ever could, the interwoven pathologies of poverty, poor nutrition, low educational attainment, low exercise, and preventable but expansive chronic and acute diseases. Dr. Keon will be upset I did not mention trans fat on that list. However, it has not reached my heart yet, although I know it is very important to him.

Of all the things we might do quickly to reverse this pattern, I submit with respect that reducing the percentage of our population who are poor is the least expensive, the most time efficient and most easily done. I would say, as I joked with Dr. Butler-Jones over coffee, we should not be seduced by the constellation of factors. All that does is divide our resources in a thousand different pockets and envelopes, none of which is likely to achieve any meaningful impact in the lifetime of people who are poor and likely to get sick now. Not future generations, but people who are poor now and living unbearable lives.

No government alone has the tools, cash or constitutional jurisdiction in our federation to increase exercise, improve nutrition or keep people in school beyond university. However, the Government of Canada, under the federal Income Tax Act, and by virtue of tax collection agreements with nine provinces, has the capacity to deliver quickly on a universal anti-poverty strategy should we have the courage to put it into effect.

The basic elements are already in place. A GST tax credit automatically deposits cash into the accounts of Canadians who earn beneath an established threshold. A guaranteed negative income tax credit could do the same. Over time, compliance

chaque année, et réduirait l'incidence des multiples maladies causées par la pauvreté et qui durent pendant toute la vie des personnes affectées. Cette mesure réduirait les pressions exercées sur les hôpitaux, commencerait à accroître l'espérance de vie en santé et ferait augmenter les pénalités imposées pour fraude, qui, dans le cadre de la Loi de l'impôt sur le revenu, sont plus graves que les pénalités que se voient imposer les personnes qui profitent du régime de l'aide sociale. C'est quelque chose qui se produit à l'occasion, et nous devons faire un peu attention à cela.

Dans le cadre de l'examen des éléments de conception et des coûts comparatifs, j'aimerais que nous voyions au-delà des coûts généraux de l'aide sociale pour les provinces, mis à part l'éducation, les soins de santé, les pensions des personnes âgées et les prestations de la Sécurité de la vieillesse, que je propose de ne pas modifier. Nous devrions ajouter ces coûts à ce qu'il nous en coûte réellement pour faire fonctionner nos prisons, pour faire fonctionner le système judiciaire, pour fournir de l'aide aux enfants, pour régler les problèmes de violence familiale et de pauvreté chez les Autochtones, de façon à déterminer quelle partie de la facture est attribuable à l'absence complète d'une stratégie antipauvreté bien définie.

Les gens ici présents comprennent probablement mieux que je ne les comprendrai jamais les effets morbides conjugués de la pauvreté, d'une mauvaise alimentation, d'un faible niveau d'instruction, d'un manque d'exercices et de maladies chroniques ou aiguës évitables mais coûteuses. Le Dr Keon ne sera pas content que je n'aie pas mentionné les gras trans. Cependant, je n'ai pas encore ça à cœur, même si je sais que c'est très important à ses yeux.

De tout ce que nous pourrions faire rapidement pour renverser cette tendance, la solution la moins coûteuse, la plus efficace et la plus simple est, à mon humble avis, de réduire la proportion des pauvres au sein de notre population. Je dirais, pour reprendre la blague que j'ai faite au Dr Butler-Jones pendant que nous prenions un café, que nous ne devrions pas nous laisser hypnotiser par la constellation de facteurs. Tout ce que ça fait, c'est que ça répartit nos ressources dans des milliers de poches et d'enveloppes différentes, sans que ce ne soit susceptible d'avoir un quelconque effet pendant la vie des gens qui sont pauvres et qui sont en ce moment susceptibles de tomber malades. Je parle non pas des générations futures, mais de gens qui sont pauvres en ce moment et qui vivent dans des conditions insupportables.

Aucun gouvernement ne possède à lui seul les outils, ni les fonds ni la compétence constitutionnelle nécessaires pour amener les gens à faire plus d'exercice, à mieux s'alimenter ou à poursuivre des études supérieures. Or, le gouvernement fédéral, en vertu de la Loi fédérale de l'impôt sur le revenu et des accords conclus avec neuf provinces en matière de perception des impôts, est en mesure de mettre rapidement en œuvre une stratégie antipauvreté universelle et devrait avoir le courage d'adopter une stratégie du genre.

Les éléments de base sont déjà en place. Les Canadiens dont le revenu est inférieur à un seuil établi ont droit à un crédit d'impôt pour la TPS qui est automatiquement déposé dans leurs comptes. Un crédit d'impôt négatif garantissant sur le revenu aurait le même

would go up, privacy of filers would be more seriously protected than are the rights of welfare recipients now and efficiencies could be real and measurable.

Fewer children, colleagues, would be professing to have left lunches at home that were never made. Fewer people who hold down jobs but are among the working poor would be encouraged to slip into welfare. The self-employed and farmers would be protected, as they are not now, when their luck was down and not left out of the larger family as they are now.

Let me summarize. Social policy is public health policy. According to Statistics Canada, and I quote: "... in 1996, 23 per cent of years of life lost for all causes to age 75 in Canada could be attributed to income differences." Poverty is bad for your health. According to research by Dennis Raphael, professor at York University's School of Health Policy and Management, children who live in poverty have higher incidence of illness, death, hospital stays and injuries, more mental health problems and lower levels of school achievement.

Canada does not have an official definition of poverty. As a result, by the measure of the Fraser Institute, which uses an awfully meagre and far too narrow "basic needs" approach to poverty measurement, we have more than 1.6 million Canadians — hundreds of thousands of whom are children — living in serious deprivation. By the measure of the Make Poverty History campaign, almost 5 million Canadians live in poverty. Whichever measure is used, poverty is increasing for youth, workers, young families, immigrant and visible minority groups. Poverty among Aboriginal groups, as was mentioned earlier, remains appallingly high both on- and off-reserve.

All of those poor Canadians will get sick faster and stay ill longer. They will be subjects of interest for the police, courts and prisons far more than those not in poverty. They will likely be users of drug rehabilitation centres and substance abuse services far more than others. They will be more likely to contract HIV/AIDS. They will be abused and will abuse more than others. They will have shorter, more painful lives, and their children will have diminished prospects with lower literacy and educational attainment passed from parent to child.

While thoughtful yet cautious bureaucrats may use the priesthood of complexity to protect the theology of inertia, also described, by the way, as tiny steps in a myriad of constructive areas without any particular intensity or focus, we should not let ourselves be seduced by that.

A clarion call by this committee to use a negative income tax as part of an integrated population health strategy will be of huge value and real import. In the end, poverty, which is so often at the root of illness, family violence, low literacy and reduced

effet. Peu à peu, les gens seraient plus nombreux à déclarer leur revenu, leurs renseignements personnels seraient mieux protégés que les droits des bénéficiaires actuels de l'aide sociale et les économies seraient réelles et mesurables.

Moins d'enfants, chers collègues, diraient avoir oublié à la maison un dîner qui n'a jamais été préparé. Moins de gens pauvres occupant des emplois mal rémunérés seraient incités à recourir à l'aide sociale. Les travailleurs autonomes et les agriculteurs seraient protégés pendant les périodes difficiles et ne seraient pas laissés pour compte comme c'est le cas maintenant.

Bref, politiques sociales et politiques de la santé se confondent. Selon Statistique Canada, et je cite : « En 1996, 23 p. 100 des années de vie perdues, toutes causes confondues, à l'âge de 75 ans au Canada étaient attribuables aux écarts de revenu. » La pauvreté est mauvaise pour la santé. Selon une étude réalisée par Dennis Raphael, professeur à la School of Health Policy and Management de l'Université York, les enfants qui vivent dans la pauvreté présentent un taux plus élevé de maladie, de mortalité, de séjours à l'hôpital et de blessures, en plus de problèmes de santé mentale et un niveau d'instruction plus bas.

Au Canada, il n'y a pas de définition officielle de la pauvreté. Par conséquent, selon le Fraser Institute, qui mesure de façon beaucoup trop restreinte la pauvreté en fonction des seuls « besoins essentiels », plus de 1,6 millions de Canadiens — dont des centaines de milliers d'enfants — vivent dans un grave dénuement. Selon la mesure de la campagne Abolissons la pauvreté, près de cinq millions de Canadiens vivent dans la pauvreté. Quelle que soit la mesure utilisée, la pauvreté augmente chez les jeunes, les travailleurs, les jeunes familles, les immigrants et les membres des minorités visibles. Chez les Autochtones, elle demeure consternante autant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci.

Tous ces Canadiens pauvres deviendront plus rapidement malades et le resteront plus longtemps que les autres. Ils connaîtront de près les milieux policier, judiciaire et carcéral plus que les autres. Ils deviendront vraisemblablement des utilisateurs des centres de désintoxication et de services pour toxicomanes beaucoup plus que les autres. Ils risquent de contracter le VIH/sida beaucoup plus que les autres. Ils seront victimes de violence et commettront davantage de gestes de violence que les autres. Leur vie sera plus courte et plus difficile, et leurs enfants auront moins de possibilités d'épanouissement, héritant de leurs parents un piètre niveau d'alphabétisme et d'instruction.

Des bureaucrates avisés mais prudents utiliseront peut-être le dogme de la complexité pour préserver le principe sacré de l'inertie, ce qui se décrit aussi, soit dit en passant, comme de minuscules mesures prises dans le cadre d'une myriade d'initiatives constructives sans intensité ou sans orientation particulières, mais nous ne devrions pas nous laisser leurrer par ça.

Il serait très utile et vraiment important que le comité lance un appel en faveur de l'intégration d'un impôt négatif sur le revenu dans une stratégie globale pour une population en santé. Au bout du compte, la pauvreté, qui est si souvent la cause de la maladie,

educational attainment — all of which also contribute to shorter lives, more illness and disability — actually is about simply not having enough money.

When you go down to the causal root, you get deferred into the benefits for future generations. Those fellow Canadians suffering now just get left off the list, and we have done a pretty good job of that as a society.

Our present welfare and multi-program, multi-level piecemeal approach assumes, because it is based on the old notion, that there is a moral weakness to poverty that the system dare not tolerate without putting people through some tests. That is absolute Victorian piffle. Poverty is not, as some academics argue, a condition to which one can respond through a broad range of educational, health care and community service instruments, all of which have equal value or impact, or value or impact we cannot measure for generations.

People who are now poor will die poor, or in prison, or from domestic violence, or earlier than necessary from disease while more complex programs are being designed and shaped.

The best way to deal with poverty and its impact on public health is by bringing those beneath the poverty line above it. This can be done directly and simply, so that they can benefit from full access to the economic mainstream with all the personal, health status and personal benefits that we know will accrue when people are living above the poverty line.

I thought I would make this small, non-proactive intervention and invite whatever discussion and personal attacks it might otherwise suggest.

Mr. Lewis: Thank you very much. I would imagine that if I said, "Raise a hand if you have a response," we would be doing group exercises, but feel free.

Participants, I just want to remind you that we want this day to end up with concreteness and suggestions. Senator Segal has made a number of suggestions, as well as a diagnosis. You are quite happy to have additional diagnoses. You may want to take issue with anything anyone says, but the conclusion of your intervention should be: "Therefore, I propose that we do this." That would be very helpful to start building the inventory.

Ms. Bégin: I do not want to pit one eminent, remarkable senator against another. I admire the work of them both, and I have no idea of the politics of their concurrent committees. In the notes that I have distributed for this afternoon I have not touched guaranteed annual income in the work of Senator Segal's

de la violence familiale, du faible degré d'alphabétisation et de scolarité — toutes choses qui sont également associées à une vie plus courte, à une fréquence plus élevée des maladies et des handicaps — revient tout simplement au fait de ne pas avoir suffisamment d'argent.

Lorsque vous remontez jusqu'à la cause principale, vous êtes renvoyé aux avantages pour les générations futures. Nos concitoyens canadiens qui souffrent en ce moment sont tout simplement laissés pour compte, et notre société est bonne pour favoriser cela.

Notre approche globale actuelle, fondée sur l'aide sociale, de multiples programmes et une intervention à de multiples niveaux présume, parce qu'elle est fondée sur une idée dépassée, qu'il y a une faiblesse morale dans la pauvreté que le système ne peut tolérer sans mettre les gens à l'épreuve. Ce n'est pas autre chose que du baratin victorien. La pauvreté n'est pas, contrairement à ce que quelques universitaires soutiennent, une situation de laquelle on peut se tirer grâce à une vaste gamme d'instruments d'éducation, de soins de santé et de services communautaires qui ont tous une même valeur ou le même effet, ou encore une valeur ou un effet qu'on ne peut mesurer pendant des générations.

Les gens qui sont pauvres en ce moment vont mourir pauvres, ou encore en prison, des suites de la violence conjugale ou plus tôt qu'ils ne le devraient en raison d'une maladie, tandis qu'on élabore des programmes de plus en plus complexes.

La meilleure façon de régler le problème de la pauvreté et de son effet sur la santé, c'est d'amener les gens au-dessus du seuil de la pauvreté. Il est possible de le faire d'une façon simple et directe, pour que les gens jouissent du même accès que le reste de leurs concitoyens sur le plan économique, ainsi que des avantages personnels et relatifs à la santé qui, nous le savons, vont découler du fait qu'ils vivent au-dessus du seuil de la pauvreté.

J'ai pensé faire cette petite intervention non proactive et appeler à un débat quelconque et aux attaques personnelles que celle-ci aurait autrement pu susciter.

M. Lewis : Merci beaucoup. J'imagine que si je disais « Levez la main si vous voulez répondre », nous ferions les examens en groupe, mais soyez à l'aise.

Mesdames et messieurs, je veux simplement vous rappeler que nous voulons terminer la journée par des éléments concrets et des suggestions. Le sénateur Segal a formulé plusieurs suggestions, il a posé un diagnostic. Vous êtes sûrement très heureux d'entendre encore d'autres diagnostics. Vous pouvez contester ce que n'importe lequel des intervenants dit, mais vous devriez conclure votre intervention par « Par conséquent, je propose que nous fassions ceci. » Ce serait très utile puisque cela nous permettrait de commencer à dresser l'inventaire.

Mme Bégin : Je ne veux pas dresser deux éminents et remarquables sénateurs l'un contre l'autre. J'admire leur travail à tous les deux, et je n'ai aucune idée des politiques de leurs comités respectifs. Dans les notes que j'ai distribuées cet après-midi, je n'aborde pas la question du revenu annuel garanti qui fait

committee. When I discovered that months ago, I was very excited.

I must say with humility that I am biased. When I became the Minister of Health and Welfare in 1977, I thought I would be the minister who would implement a guaranteed annual income for Canada. There are many different techniques and I am not an expert on that. I discovered three months later that, because of the recession, I would be lucky if I could save the best of the past, which was not very glamorous.

Politics is the art of the possible. I know that intellectually the ideal is a federal-provincial-territorial, real workable approach to the constellation of social determinants of health. However, I cannot assess at this time in Canadian politics which theme or recommendation will work best. I cannot easily portray a future for the comprehensive approach to life, but it may have an immediate future.

If the federal government with the help of the provinces could adopt the guaranteed annual income concept, I think it would be an extraordinary boost to the social determinants of health. This is because politics is the art of the possible. This is one huge piece of social determinants.

When I did the Child Tax Credit in 1978, I discovered that some social reforms have a capacity to satisfy and appeal to both the right and the left in cabinet, and that worked in favour of the Child Tax Credit. There was no demand; we created it from the remarkable research and planning branch of my then department.

In the same way, I am absolutely sure, not from an evidence base but from knowledge, intuition and experience, that the guaranteed annual income will do that. It offers control. You have elegantly pointed to some right-wing, good aspects of it. It offers control, efficiency, and a choice and respect for individuals, et cetera.

It has an additional extraordinary dimension. I had lunch in the Parliamentary Restaurant with Noel Starblanket, who I believe was then the head of the National Indian Brotherhood. He was pragmatic rather than dogmatic. He decided that, because the income tax form must be used to deliver the Child Tax Credit, which was the first attack against the virginity of the income tax system, of which I had been the minister previously, he agreed. Now Aboriginal mothers file a very simple, one-page income tax form. We all know the historical opposition to the tax system under Aboriginal privilege or social contract. This easily makes them part of it. For me, that addresses the question of the situation of urban Aboriginals as well as those on reserve, et cetera. In case you think I am not in favour of it, I am.

l'objet des travaux du comité du sénateur Segal. Lorsque j'ai découvert que ce comité travaillait là-dessus il y a quelques mois, ça m'a beaucoup intéressée.

Je dois dire humblement que j'ai un parti pris. Lorsque je suis devenue ministre de la Santé et du Bien-être social en 1977, je pensais que j'allais être la ministre qui instaurerait le revenu annuel garanti au Canada. Il y a un bon nombre de techniques différentes, je ne suis pas spécialiste de la question. Trois mois plus tard, j'ai découvert que, à cause de la récession, j'aurais besoin de chance pour sauvegarder les meilleurs éléments du passé, qui n'étaient pas très glorieux.

La politique, c'est l'art du possible. Je sais que, du point de vue intellectuel, l'idéal, c'est une approche fédérale-provinciale-territoriale réelle et possible pour ce qui est de la constellation des déterminants sociaux de la santé. Cependant, en ce moment, je ne suis pas en mesure de déterminer quel thème ou quelle recommandation fonctionnerait mieux dans le contexte politique canadien. Je n'arrive pas à imaginer facilement l'avenir de l'approche globale de la vie, mais celle-ci a peut-être un avenir très près.

Si le gouvernement fédéral adoptait, avec l'aide des provinces, l'idée d'un revenu annuel garanti, je pense que ce serait quelque chose qui aiderait beaucoup du côté des déterminants sociaux de la santé. Il en est ainsi parce que la politique, c'est l'art du possible. C'est l'un des éléments importants des déterminants sociaux.

Lorsque j'ai instauré le Crédit d'impôt pour enfants en 1978, j'ai découvert qu'il y a certaines réformes sociales qui peuvent satisfaire et plaire à la fois à la droite et à la gauche au Cabinet et ça a joué en faveur du Crédit d'impôt pour enfants. Il n'y avait pas de demande; nous avons créé ce crédit d'impôt à la Direction générale de la recherche et de la planification du ministère dont je m'occupais à l'époque.

De la même manière, je suis tout à fait convaincue, non pas par des données, mais bien par les connaissances, l'intuition et l'expérience, que le revenu annuel garanti va avoir cet effet. C'est une mesure qui offre une certaine liberté. Vous avez élégamment souligné certains des éléments de droite qui sont de bons éléments de cette mesure. Elle offre une certaine liberté, une certaine efficacité et la possibilité de choisir pour le citoyen et un respect à son égard, et cetera.

Cette mesure a une autre dimension extraordinaire. J'ai dîné au restaurant du Parlement avec Noel Starblanket, qui, je crois, était alors chef de la Fraternité des Indiens du Canada. Il a été pragmatique plutôt que dogmatique. Il a décidé que, comme il fallait utiliser le formulaire de déclaration de revenu pour la prestation du Crédit d'impôt pour enfants, qui a été le premier assaut lancé contre un régime fiscal encore vierge, dont j'avais été responsable auparavant à titre de ministre, il était d'accord. Aujourd'hui, les mères autochtones remplissent un formulaire de déclaration de revenu très simple et qui ne fait qu'une page. Nous savons tous qu'il y a eu une opposition, dans le passé, au régime fiscal en vertu des privilèges accordés aux Autochtones du contrat social. Par ce moyen, elles profitent facilement de la mesure. À

My dream is that the two subcommittees somehow form a coalition. I am not in a position to assess the politics of it, for obvious reasons. I have red shoes today.

Senator Segal: I have a brief point of information for Madam Bégin's edification.

The Minister of Human Resources and Social Development, Monte Solberg, has indicated that his department is prepared to put out a working paper on the issue; just a working paper, not a white paper, but a working paper to discuss the pros and the cons. Therefore, I would argue that implies a measure of promise without anything else at this point.

Ms. Bégin: I totally forgot one key issue. Since my years in government — which is a long time ago I realize — things have not changed structurally. A big challenge and object of discussion with the provinces of the guaranteed annual income approach is that it roughly doubles the catchment area because the causes of poverty, like unemployment, disability or this or that, are no longer in question. The cause does not count, which is great, but it multiplies the catchment area because it means all those whom we call the working poor, and that is great.

Armine Yalnizyan, Senior Economist, Canadian Centre for Policy Alternatives: It is a great honour to be here. This is a remarkable group of people and I am daunted by actually weighing in on this topic at all, but I feel that I must.

The presentation that you have provided, Senator Segal, is passionate, succinct, and entirely compelling, and poverty is about not enough income. In fact, the lack of income is about poverty being about not enough everything; not enough education, not enough food, not enough decent housing, not enough places to play, et cetera. We know that poverty is about not enough in a variety of things. It is really important to know that across this country four jurisdictions are dealing with developing comprehensive poverty reduction strategies of which income improvements are only one element.

Three federal parties have poverty reduction strategies on the go. There is a parliamentary committee in the House of Commons that just started meeting last week to talk about what we can do about reducing poverty. Income is but one of a handful of things. There is also housing, access to health care, access to education, and making sure that children are not left behind all over this country. This is an important element that incomes can help address, but you will never be able to supplement incomes to keep up with the soaring housing markets.

mon sens, cela règle la question de la situation des Autochtones qui vivent en milieu urbain ainsi que de ceux qui vivent sur les réserves, et ainsi de suite. Au cas où vous pensez que je suis contre cette mesure, je vous assure que c'est le contraire.

Mon rêve, c'est que les deux sous-comités trouvent le moyen de former une coalition. Je ne suis pas en position d'évaluer l'aspect politique de la chose, pour des raisons évidentes. Je porte des chaussures rouges aujourd'hui.

Le sénateur Segal : Je veux communiquer rapidement un renseignement à Mme Bégin pour son édification.

Le ministre des Ressources humaines et du Développement social, Monte Solberg, a déclaré que son ministère est prêt à publier un document de travail sur la question — un document de travail seulement, pas un livre blanc —, mais un document de travail dans lequel on pèse le pour et le contre. Je dirais donc que ça offre une certaine part de promesses, vu qu'il n'y a rien d'autre à ce moment-ci.

Mme Bégin : J'ai complètement oublié une chose importante. Depuis mon passage au gouvernement — ça fait longtemps, je m'en rends compte —, les choses n'ont pas changé sur le plan structurel. Un gros problème qui fait l'objet des discussions avec les provinces au sujet du revenu annuel garanti, c'est que cette mesure fait grosso modo doubler la taille du groupe visé, puisque les causes de la pauvreté, comme le chômage, les handicaps ou telle ou telle autre chose, ne sont plus en question. Les causes ne comptent plus, ce qui est une bonne chose, mais cela a pour effet de multiplier le nombre de personnes visées, puisque ce sont toutes les personnes que nous appelons les travailleurs pauvres, et c'est une très bonne chose.

Armine Yalnizyan, économiste principale, Centre canadien de politiques alternatives : C'est un grand honneur pour moi d'être ici. Vous formez un groupe de gens remarquables, et j'ai un peu peur de vous dire ce que je pense de tout cela, mais je pense que je dois le faire.

Sénateur Segal, votre exposé était passionné, succinct et tout à fait convaincant, et la pauvreté, c'est une question d'insuffisance du revenu. En fait, l'absence de revenu, c'est le fait que la pauvreté, c'est le manque de tout : le manque d'éducation, le manque de nourriture, le manque de logements décents, le manque d'endroits où jouer, etcetera. Nous savons que la pauvreté, c'est l'insuffisance de toutes sortes de choses. Il est très important de savoir que, au pays, il y a quatre gouvernements qui travaillent à l'élaboration de stratégies globales de réduction de la pauvreté dont l'accroissement du revenu n'est qu'un élément.

Trois partis fédéraux sont en train de définir des stratégies de réduction de la pauvreté. Il y a un comité parlementaire de la Chambre des communes qui a commencé à tenir des réunions tout juste la semaine dernière pour parler de ce que nous pouvons faire pour réduire la pauvreté. Le revenu n'est qu'un des éléments d'une poignée de facteurs. Il y a aussi le logement, l'accès aux soins de santé, l'accès à l'éducation et le fait de s'assurer que les enfants ne sont pas laissés pour compte dans l'ensemble du pays. Il s'agit d'un élément important, et l'accroissement du revenu peut

You can get money in one pocket and it will come right back out the other side in terms of the increased costs that are being driven for many people, and it is not just about the extreme poor. It is urgent that we act on what is happening to extreme poverty. More and more people are being sucked up in this squeeze play where incomes are stagnant and the costs of the basics are soaring.

As you have pointed out in your speech, this is something we must consider for the next generation, for the newcomers in our midst. There are some serious issues we are dealing with that will accelerate health disparities, not least of which is an increasing demand for two-tier health care, which puts access to primary health care out of the reach of many people.

As an economist, I want to also address your comment that governments cannot do everything, they certainly cannot do everything well, and that there is an issue of scarce resources. How do we actually allocate the money we have available?

Mention has been made that guaranteed annual income is an idea that has reappeared on our public policy firmament, as Madam Bégin has pointed out, many times in the last few decades. Not for the last 15 years or so, but Doug House, from the Government of Newfoundland, was the last iteration of this in 1993 where the guaranteed annual income at that point would be roughly \$3,000 per adult and \$1,500 per child.

Previous to that was the McDonald commission in 1986, which was roughly of the same order, that is a guarantee of poverty. If you are going to spend all your money in that direction it would be difficult to then — and the Macdonald commission indicated — be able to do this. You would have to roll up every other form of income support, which is highly problematic, as you can imagine, from a public policy revolution point of view. You would not be able to address the fundamental issues like housing, health care, education, how we welcome immigrants on whom we are going to be entirely dependent in the next generation.

The Caledon Institute of Social Policy has suggested one way of reducing poverty amongst families raising children is to enhance the Child Tax Benefit. That benefit was introduced in the 1970s and wholly enlarged in 1993. The cost of that single measure would be \$4 billion a year, which is a pretty hefty price tag, and that is only for families with young children. Therefore, I do not know what we would do about the rest of society where, for example, the highest rates of poverty is amongst single men, living by themselves, between the ages of 45 and 64. What does it mean to eliminate poverty and what is the price tag if we are only going to do it through the income lens?

contribuer à régler le problème, mais vous ne serez jamais en mesure d'accroître suffisamment le revenu pour suivre le rythme de la croissance des marchés immobiliers.

L'argent qu'on donne aux gens d'un côté ressort de leur poche de l'autre à cause de l'accroissement des coûts qu'ils doivent assumer, et je ne parle pas que des gens qui vivent dans une pauvreté extrême. Il est urgent que nous fassions quelque chose par rapport à la pauvreté extrême. De plus en plus de gens sont coincés par la stagnation du revenu et l'augmentation en flèche du coût des nécessités.

Comme vous l'avez souligné dans votre exposé, c'est quelque chose que nous devons envisager pour la prochaine génération, pour les nouveaux arrivants qui se trouvent parmi nous. Nous sommes confrontés à des problèmes graves qui vont avoir pour effet d'accroître les disparités en matière de santé, dont le moindre n'est pas les pressions de plus en plus fortes en faveur d'un système de soins de santé à deux vitesses, qui rendra les soins de santé primaires hors de portée de beaucoup de gens.

De mon point de vue d'économiste, je veux parler de ce que vous avez dit au sujet du fait que les gouvernements ne peuvent tout faire, et qu'ils ne peuvent certainement pas tout faire bien, ainsi que du problème de la rareté des ressources. Comme devons-nous répartir l'argent que nous avons?

On a mentionné que le revenu annuel garanti est une idée qui est réapparue dans le firmament de nos politiques publiques, comme Mme Bégin l'a souligné, à de nombreuses reprises au cours des dernières décennies. On n'en a pas parlé depuis 15 ans à peu près, mais Doug House, du gouvernement de Terre-Neuve, a été le dernier à en parler en 1993, et le revenu annuel garanti aurait été à l'époque d'environ 3 000 \$ par adulte et de 1 500 \$ par enfant.

Avant cela, il y avait eu la commission MacDonald en 1986, et les chiffres étaient à peu près du même ordre, c'est-à-dire qu'ils constituaient une garantie de pauvreté. Si l'on décide de consacrer tout l'argent à cela, il devient difficile — et les travaux de la commission MacDonald l'ont montré — de faire cela. Il faudrait utiliser l'argent consacré à toutes les autres mesures de soutien du revenu, ce qui est très problématique, comme vous pouvez l'imaginer, du point de vue d'une révolution des politiques publiques. On ne serait alors plus en mesure de s'occuper de problèmes fondamentaux comme ceux du logement, des soins de santé, de l'éducation, de l'accueil des immigrants sur lesquels nous allons devoir entièrement compter pour la prochaine génération.

Selon le Caledon Institute of Social Policy, un moyen de réduire la pauvreté des familles avec enfants serait de majorer le Crédit d'impôt pour enfants. Ce crédit a été instauré dans les années 70 et augmenté substantiellement en 1993. Le coût de cette seule mesure serait de quatre milliards de dollars par année, ce qui est une facture assez salée, ceci pour les familles avec de jeunes enfants seulement. Par conséquent, je ne sais pas ce que nous ferions pour le reste de la société, vu que, par exemple, le taux de pauvreté le plus élevé est celui des hommes qui vivent seuls et qui ont entre 45 et 64 ans. Qu'est-ce que l'élimination de la pauvreté suppose, et quel sera le prix à payer si nous ne tentons de l'éliminer qu'en passant par le revenu?

The title of this session is Reorienting Government Policy and, indeed, there seems to be something blowing through the land that is starting that process. You have two senators from two other Senate committees, one on rural poverty, one on urban poverty sitting at this table. We are kind of rowing in the same direction. The federal government has actually put in its budget that this is the year that the government will adopt an action plan for women. Around the world that means reducing the vulnerabilities of women and often addressing the feminization of poverty.

Indeed, there is a momentum that is building, and one of the things that will have to come into play is how we are spending our scarce resources. To provide a thumbnail sketch, in the last decade, between 1997 and projecting to 2013, our federal government has allocated \$340 billion of our resources to reduce taxes. The OECD indicated about six weeks ago that that tax cut program has redistributed incomes towards those already most affluent.

Yes, there have been government priorities, and yes there have been scarce resources, and they have been directed in a particularly strong direction in the last little while. I do not think we can afford to simply say income is the only solution to poverty. We know that is not true and we know it will be like the tail wagging the dog if we put all of our eggs in that basket.

With due respect, I would urge us to consider the huge political momentum that is building across this country to address poverty in a comprehensive manner and that indeed would address the determinants of health.

Mr. Lewis: Of the four provincial initiatives, would you describe any of them as a model or a beacon to take more seriously than the others?

Ms. Yalnizyan: The one in Quebec is already underway. The one in Newfoundland is in the development process. The one in Ontario is an inter-ministerial initiative, which acknowledges that the root causes of poverty are happening in the labour market, incomes, housing and education. In each one of these jurisdictions, there is not a bullet measure. It is taking a look at the comprehensive nature of it, which we have not done since the 1960s.

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer, Canadian Public Health Association: I would be hard-pressed to argue in terms of the importance of poverty, but I do want to address some of the issues and options we have in the paper.

I have been involved in a lot of different tables over the years where we have talked about inter-sectoral collaboration. One of the things that has always been impressed upon me is that we often talk about it but we are talking about it to ourselves. There

Le thème de la séance, c'est la réorientation des politiques gouvernementales, et, en effet, il semble qu'un vent souffle sur le pays et que c'est ce qui est à l'origine du processus. Il y a ici deux sénateurs membres de deux autres comités sénatoriaux, l'un sur la pauvreté en milieu rural, l'autre sur la pauvreté en milieu urbain. Nous allons en quelque sorte dans la même direction. Le gouvernement fédéral a prévu dans son budget que c'est pendant l'année courante qu'il va adopter un plan d'action axé sur les femmes. Un peu partout dans le monde, cela veut dire prendre des mesures pour rendre les femmes moins vulnérables, et, dans bien des cas, régler le problème de la féminisation de la pauvreté.

Il y a bel et bien un mouvement qui s'amorce, et l'une des choses qui devra entrer en jeu, c'est la façon dont nous allons dépenser nos ressources limitées. Pour faire un croquis de la situation, au cours des 10 dernières années, depuis 1997 et en faisant une projection jusqu'à 2013, le gouvernement fédéral aura dépensé 340 milliards de dollars à la réduction des impôts. L'OCDE a indiqué il y a environ six semaines que ce programme de réduction des impôts a eu pour effet de redistribuer les revenus au profit surtout des gens qui étaient déjà les plus riches.

Oui, le gouvernement s'est donné des priorités, et oui, des ressources ont été limitées, et elles ont été investies en fonction d'une orientation particulièrement forte au cours des dernières années. Je ne pense pas que nous pouvons nous permettre de simplement dire que la seule solution au problème de la pauvreté, c'est le revenu. Nous savons que ce n'est pas vrai et nous savons également que ce serait comme privilégier cette question au détriment du reste si nous mettions tous nos œufs dans le même panier.

Avec tout le respect que je vous dois, je vous demanderais de profiter du grand mouvement qui s'amorce dans le milieu politique du pays pour régler complètement le problème de la pauvreté, ce qui permettrait de régler aussi le problème des déterminants de la santé.

M. Lewis : Des quatre initiatives provinciales, selon vous, y en a-t-il une qui peut servir de modèle ou de guide et qui est à prendre plus au sérieux que les autres?

Mme Yalnizyan : L'initiative québécoise est déjà en cours. Celle de Terre-Neuve en est à l'étape de l'élaboration. Celle de l'Ontario est une initiative interministérielle, qui tient compte du fait que les véritables causes de la pauvreté sont liées au marché du travail, au revenu, au logement et à l'éducation. Il n'y a pas de solution miracle dans aucune de ces provinces. Il s'agit d'examiner globalement un problème de nature complexe, ce que nous n'avons pas fait depuis les années 60.

Debra Lynkowski, directrice générale, Association canadienne de santé publique : J'aurais du mal à contester le fait que la pauvreté est un élément important, mais je veux parler de certains des problèmes et de certaines des options qui figurent dans le document.

J'ai participé au fil des ans à de nombreuses tables rondes dans le cadre desquelles nous avons parlé de la collaboration intersectorielle. L'une des impressions qui me restent toujours de ce genre de chose, c'est que nous en parlons, mais entre nous.

are usually a number of health people around the table. We are dealing here with a really complex systems change. We have to find a new kind of leadership model.

In my brief experience in government, there was not a formal mechanism as such for integrated policy development where we could actually look at some decision making. There was a lot of good will with many departments coming together, but we still tend to use this language that to me is a barrier.

We say how will we influence transportation, how will we engage them, how can we ensure compliance, as opposed to saying how will we get them to lead jointly with us. That does go back to some really sound change management principles in terms of articulating what is in it for them; not only from the health perspective but in terms of what is in it for them within their own departments and within their own spheres.

I notice that we are talking about perhaps the need for a federal framework or a federal strategy. I have been involved with a few of those. For this to be successful, it has to be considered a strategy of strategies. Senator Keon, that goes back to your point that somewhere between here and there is how it will succeed. The leadership has to come not only from the federal government — and I believe the federal government has a key role — but it has to come from the bottom as well. That is the only way this is going to work. Some of that cannot be prescribed. Some of that is very organic. You either have champions rising from local and community initiatives or you do not.

I have a bit of a plea. Traditionally population health has been seen as a public health system kind of initiative. I think that public health deals with population health, and yet traditionally public health and the public health system has been chronically underfunded. We know there are health human resources issues. We are lucky now to have the Public Health Agency of Canada and our CPHO, but if we are going to really re-orient government policy we also need to make sure that the infrastructure is there to actually support the implementation of that policy. That does mean sustained investment, not for a three- to four-year period but for a much longer period where we can actually ensure that happens.

Ms. Potvin: I have two or three ideas. First, I think this is an idea that should be pursued. There were studies and experiments completed with negative income tax. There is a wealth of knowledge about it, and it accomplishes some of the goods that

Habituellement, il y a plusieurs personnes du milieu de la santé autour de la table. Nous sommes en train de parler d'une modification très complexe des systèmes. Nous devons essayer de mettre au point une nouvelle espèce de modèle de leadership.

Au cours de mon bref passage, au gouvernement, j'ai constaté qu'il n'y avait pas de mécanisme officiel du genre pour l'élaboration de politiques intégrées qui nous auraient vraiment permis d'envisager certains processus décisionnels. Les représentants de nombreux ministères faisaient preuve de bonne volonté en se réunissant, mais le fait que nous avons encore tendance à utiliser ce vocabulaire est un obstacle à mes yeux.

Nous nous demandons comment faire pour influencer les transports, comment faire pour amener les gens à participer, comment faire pour assurer la conformité, plutôt que de nous demander comment faire pour que les gens dirigent les initiatives en collaboration avec nous. Ça nous renvoie à de réels changements salutaires au chapitre des principes de gestion, pour formuler explicitement ce qui est intéressant pour ces gens là-dedans, non seulement du point de vue de la santé, mais également ce qui est intéressant pour eux là-dedans au sein de leurs propres ministères et dans leurs propres milieux.

Je remarque que nous parlons du besoin éventuel d'établir un cadre fédéral ou une stratégie fédérale. J'ai participé à l'élaboration de ce genre de choses à quelques reprises. Pour que ça fonctionne, il faut que ce soit considéré comme étant une stratégie de stratégies. Sénateur Keon, ça revient à ce que vous disiez, c'est-à-dire que le succès se trouve quelque part au milieu. Il n'y a pas que le gouvernement fédéral qui doit faire preuve de leadership — et je suis d'avis que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer —, mais que le leadership doit venir du bas aussi. C'est ainsi que les choses vont fonctionner, et pas autrement. C'est quelque chose qu'on ne peut pas exiger en partie. C'est en partie très organique. Soit les gens lancent des initiatives à l'échelle locale et communautaire, soit personne ne le fait.

J'ai une espèce de plaidoyer à faire. Dans le passé, on a vu les initiatives en santé des populations comme les initiatives liées au système de santé publique. Je pense que la santé publique englobe la santé des populations, pourtant, la santé publique et le système de santé publique ont toujours été sous-financés. Nous savons qu'il y a des problèmes de ressources humaines en santé. Nous avons la chance maintenant d'avoir l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACSP, mais si nous voulons vraiment réorienter les politiques gouvernementales, nous devons aussi nous assurer que l'infrastructure nécessaire à l'application de ces politiques existe. Cela suppose des investissements constants, non pas sur des périodes de trois ou quatre ans, mais sur des périodes beaucoup plus longues, pour nous assurer d'obtenir les résultats voulus.

Mme Potvin : J'ai deux ou trois idées. D'abord, voici une idée que nous devrions appliquer selon moi. On a effectué des études et des expériences sur l'impôt négatif sur le revenu. Nous possédons de vastes connaissances à ce sujet, et cette mesure donne des

it delivers on those aspects. It is important that it could be a flagship type of program, but that should not be the only thing to happen.

One of the things that you did not mention and that our studies in Montreal have shown using the Quebec birth cohort is that poverty is not something you are in or out of. You are in and out. The various trajectories into poverty throughout early childhood are what our data is showing. Early in and out of poverty is what is detrimental towards children's development. In my opinion, the most interesting outcome of such a measure is to eliminate this transience. That is one of the good outcomes.

Less interestingly, however, and from a population health perspective — and Sir Michael has been quoted here — it is also the gradient. Such a measure does not do any good to the gradient, or does marginally well by addressing the needs of those at the bottom.

Of course it has some effect, technically, upon the steepness of the gradient, but one of the reasons why Canada was doing poorly in that international comparison is because our gradient is steep. It is much steeper than the gradient in the Nordic countries, for example. Therefore, such a measure does not do much; it only has a very marginal effect on the gradient. One should be aware of that.

This is what I would call a vulnerable approach. You tackle one dimension of vulnerability, and poverty is a dimension of vulnerability. Being a woman is also a dimension of vulnerability and being an Aboriginal in Canada is a dimension of vulnerability, but I do not think poverty is the mother of all vulnerabilities. It is certainly a very important dimension, but we will not solve the problem of population health in doing that. It is certainly one important piece to the puzzle, especially to the extent that it would address health issues in young children during development.

Mr. Lewis: Senator Segal is proposing something analogous to cutting the tail off waiting lists. You want to cut the most disadvantaged tail off the population. If you eliminate poverty, in and out is not logically an issue anymore. You are never in it.

When you come to a prescription, there is a gradient, and nobody anywhere in the world has figured out how to get the middle class as healthy as the upper middle class and, frankly, nobody cares much because it is not steep up there. It is shallow.

Are you saying implicitly that you worry about this approach, or that this approach explains 20 per cent or 30 per cent of it?

Ms. Potvin: I would say that it is an interesting approach. It is the first building block, but it will not accomplish everything that we want to accomplish, which is to pull Canada up towards the

résultats positifs à certains égards. Une chose importante, c'est que ce programme pourrait être la figure de proue, mais il faudrait que ce ne soit pas la seule mesure prise.

L'une des choses que vous n'avez pas mentionnées et que les études que nous avons effectuées à Montréal ont montrées, à partir de la cohorte des naissances du Québec, c'est que la pauvreté n'est pas quelque chose qui affecte temporairement les gens. Les gens sont pauvres pendant certaines périodes. Ce que nos données montrent, ce sont les différentes trajectoires vers la pauvreté pendant la petite enfance. Ce sont ces épisodes de pauvreté pendant la petite enfance qui nuisent au développement des enfants. À mon sens, le résultat le plus positif de ce genre de mesure, c'est qu'elle permet d'éliminer ce retour périodique de la pauvreté. C'est l'un des effets positifs.

Ce qui est moins positif, cependant, et du point de la santé des populations — et sir Michael a été cité ici — c'est qu'il s'agit également d'un gradient. Ce genre de mesure ne fait rien de bon en ce qui concerne le gradient et n'a qu'un effet positif limité en répondant aux besoins des gens qui se situent au niveau inférieur.

Bien sûr, la mesure a un certain effet, techniquement, sur la pente du gradient, mais l'une des raisons pour lesquelles le Canada se classe si mal par rapport aux autres pays, c'est que notre gradient a une forte pente. Elle est beaucoup plus forte que celle du gradient des pays scandinaves, par exemple. Ainsi, ce genre de mesure ne fait pas grand-chose; elle n'a qu'un effet très limité sur le gradient. Il faut en être conscient.

C'est ce que j'appellerais une approche vulnérable. On s'attaque à l'une des dimensions de la vulnérabilité, et la pauvreté en est une. Le fait d'être une femme rend également vulnérable, et le fait d'être autochtone au Canada aussi, mais je ne pense pas que la pauvreté soit à l'origine de toutes les vulnérabilités. C'est certainement un aspect important, mais nous n'allons pas régler le problème de la santé des populations en faisant cela. C'est certainement un élément important de la solution, surtout dans la mesure où cela permettrait de régler les problèmes de santé chez les jeunes enfants pendant leur développement.

M. Lewis : Le sénateur Segal propose quelque chose qui ressemble à la suppression du bas des listes d'attente. Vous voulez régler le problème de la partie de la population qui est la plus désavantagée. Si on élimine la pauvreté, logiquement, le problème du retour ponctuel de la pauvreté n'en est plus un. Les gens ne seront plus jamais pauvres.

Lorsqu'on en vient à prescrire des mesures, il y a un gradient, et personne dans le monde n'a trouvé le moyen de faire en sorte que la classe moyenne soit aussi en santé que la classe moyenne supérieure, et, franchement, personne ne s'en soucie parce que la pente du gradient n'est plus élevée rendu là. Elle est faible.

Sous-entendez-vous que cette approche vous préoccupe, ou qu'elle n'explique que 20 ou 30 p. 100 du problème?

Mme Potvin : Je dirais que c'est une approche intéressante. C'est la première pierre à poser, mais ça ne va pas permettre d'accomplir tout ce que nous voulons accomplir, c'est-à-dire de

healthiest or the one of the healthier nations in this world. I am convinced that it will help some, but what is happening? We have interesting data about what is happening at the poverty line.

We do not know much about what is happening with those who are in and out. We do not know very much about how their circumstances affect their lives. If you make up your mind that you will not have breakfast most days of your life, it has a different outcome than if suddenly you cannot have breakfast for three months because you are too poor and then you can have breakfast for three months because you can afford it.

We do not know much about what is happening there. We do not have many studies, which take huge numbers. In Canada, we do not have a panel cohort that we can follow through time. My advice is that we should go for it but not expect to accomplish everything with it.

Mr. Lewis: Would anything do better? I am not trying to put words in your mouth, but I think Senator Segal is saying that we cannot solve the whole gradient; the biggest problem is poverty. Therefore, the best thing we can do is to solve that problem. Are you saying it is not the best thing we can do?

Mr. Tholl: I am not an expert on poverty, but what I observe is that if you want to draw an analogy between health care and health, as we pick up on Mr. Lewis's point, when it comes down to managing wait times, you have a concept of relative medical necessity that ought to drive who gets access to what first. I observe that there does not seem to be a discussion occurring here about relative poverty versus absolute poverty and what happens if you move everyone up.

My point is with respect to what I detected from Senator Segal's passionate and persuasive argument. I detected a need to focus on a few things and try to get something done in a few key areas. I go back to your comments before the break about the children and commend to the committee that we ought not to allow Dr. K. Kellie Leitch's report to gather dust when it comes to issues around early childhood development, child and youth. We should listen to her recommendation for establishing a senior officer in the ministry of health or straddling health and what used to be welfare.

That might also be an interesting thing to consider. Why did we separate health and welfare if we are interested in progressing health determinants? As a historical point, we separated Health and Welfare on exactly the same day as we brought together all health and welfare transfers under the Canada Social Transfer. I am sure that was coincidental. I do commend to the Senate

faire du Canada le pays le plus en santé du monde ou l'un des pays les plus en santé du monde. Je suis convaincue que cette mesure va aider des gens, mais que se passe-t-il? Nous disposons de données intéressantes sur ce qui se passe par rapport au seuil de la pauvreté.

Nous ne savons pas beaucoup de choses au sujet des gens qui vivent des épisodes de pauvreté. Nous ne savons pas grand-chose des facteurs qui ont un effet sur leur vie. Si vous vous résignez au fait que vous ne déjeunerez pas presque tous les matins de votre vie, l'effet est différent de celui qui se fait sentir si, tout à coup, vous ne pouvez pas déjeuner pendant trois mois parce que vous êtes trop pauvre, pour ensuite pouvoir déjeuner pendant trois mois parce que vous pouvez vous le permettre.

Nous ne savons pas grand-chose sur ce qui se passe dans ces cas-là. Nous n'avons pas effectué beaucoup d'études, parce que ces études exigent beaucoup de données. Au Canada, il n'y a pas de cohorte témoin dont nous puissions suivre l'évolution. Ce que je propose, c'est que nous adoptions la mesure, mais sans s'attendre à ce qu'elle permette de tout faire.

M. Lewis : Y aurait-il quelque chose d'autre qui serait mieux? Je ne veux pas vous souffler la réponse, mais je pense que le sénateur Segal dit que nous ne pouvons pas régler le problème du gradient au complet, mais que le plus gros problème, c'est la pauvreté. Ainsi, ce que nous pouvons faire de mieux, c'est de régler ce problème. Est-ce que vous dites que ce n'est pas la meilleure chose à faire?

M. Tholl : Je ne suis pas spécialiste de la question de la pauvreté, mais ce que j'observe, c'est que si vous voulez comparer les soins de santé et la santé, pour reprendre ce que M. Lewis disait, lorsqu'il s'agit de gérer les temps d'attente, il y a une idée de l'urgence relative sur le plan médical qui doit déterminer qui accède à quoi en premier. J'observe qu'on ne semble pas parler ici d'une pauvreté relative par rapport à une pauvreté absolue et de ce qui se produit si on accroît le revenu de tous.

Ce que je veux dire a trait à ce que j'ai vu dans le discours passionné et convaincant du sénateur Segal. J'y ai vu la nécessité de se concentrer sur quelques éléments et d'essayer d'accomplir quelque chose dans quelques domaines importants. Je reviens sur ce que vous avez dit avant la pause au sujet des enfants, et j'affirme au comité que nous ne devons pas laisser le rapport de la Dre K. Kellie Leitch sur les enjeux touchant le développement du jeune enfant, les enfants et les jeunes ramasser la poussière. Nous devons écouter ses recommandations pour la création du poste d'administrateur en chef au ministère de la Santé ou à l'organisation s'occupant à la fois de la santé et de ce qui était autrefois le bien-être social.

Ce pourrait être une autre chose intéressante à considérer. Pourquoi avons-nous séparé la santé et le bien-être social si notre but est de faire progresser les choses du côté des déterminants de la santé? Petite précision historique : nous avons séparé la santé et le bien-être social le même jour que nous avons réuni les transferts relatifs à ces deux domaines sous le titre du Transfert social

committee the Kellie Leitch report in all its parts but, in particular, as it relates to this office for child and youth.

If the Senate committee manages to focus on a few discrete things, the strategy needs to be a combination of two things: A push strategy, which includes all the normal advocacy stuff. I am reminded, Ms. Bégin, when we were back at Health and Welfare Canada in the late 1970s and early 1980s when you and others created the political need to move our health care system forward with an SOS medicare conference in the fall of 1979. Where is that burning platform, that gathering place where people will focus on the few things that can be done in the lifetime of people around the table?

On the pull side is the enabling part. What can you do to help parents? I am struck by Ms. Browne's comment about the effects of early addictive behaviour on the health of young children. What can you do to help those families in tangible ways? One without the other, as someone recently told me, is like basketball and being able to dribble with only one hand. You need to be able to dribble with both hands. In the Canadian context, you have to be able to stick handle and shoot the puck both ways. My point is that pull and push forces will be required.

Mr. Cappe: It is true that poverty is about not enough income, but the solution to poverty is about more than just more income. I think that we do need to look at this more broadly, as Ms. Yalnizyan and Ms. Potvin were saying.

With that said, I think that this is a noble effort and should be pursued. In particular, I want to underscore two of the arguments that I think are most trenchant that will bring political support to the public but also federally and provincially. That is the cost of inaction. I do not think we spend enough time, and Senator Segal did refer to this, looking at the costs of not doing it. We know what the costs of doing it are, at least it is relatively easy to identify. However, the costs of inaction are very difficult.

The second argument that is important is the intergenerational argument, that we need to break the back of this for the purpose of the children of poor families so that they are not destined to bad health and bad economic outcomes and more poverty.

It is interesting that Ms. Manson Singer, Ms. Yeates and I spent endless hours in federal-provincial meetings and endless telephone calls working on the National Child Benefit. It was very

canadien. Je suis sûr que c'était une coïncidence. Je recommande aux membres du comité sénatorial de lire le rapport de Kellie Leitch au complet, mais surtout les parties qui ont trait à cette fonction relative aux enfants et aux jeunes.

Si le comité sénatorial réussit à retenir quelques questions distinctes, il faut que la stratégie combine deux éléments : une stratégie de pression, qui comprend tout ce qui entre normalement dans la défense d'une cause. Cela me rappelle, madame Bégin, l'époque où j'étais à Santé et Bien-être social Canada, à la fin des années 70, et au début des années 80. À ce moment-là, vous et d'autres avez suscité le mouvement politique démontrant la nécessité de faire progresser notre système de santé au moyen d'une conférence SOS Medicare, tenue à l'automne 1979. Où est le besoin urgent, qui va mobiliser les gens et les pousser à s'atteler aux quelques tâches qu'il est possible de réaliser au cours de la vie des gens qui se trouvent autour de la table?

Il y a aussi la stratégie d'aspiration, qui consiste à donner les moyens d'agir. Que faire pour aider les parents? Je suis frappé par les propos de Mme Browne au sujet des effets sur la santé des jeunes enfants d'un comportement dépendant précoce. Quelles mesures concrètes adopter pour aider les familles touchées? Comme quelqu'un me l'a dit récemment, avoir un sans l'autre, c'est comme jouer au basket-ball en ne pouvant dribbler que d'une main. Il faut pouvoir dribbler des deux mains. Dans le contexte canadien, il faut pouvoir manier la rondelle et déployer un jeu offensif aussi bien qu'un jeu défensif. Là où je veux en venir, c'est qu'il faut la stratégie de pression et la stratégie d'aspiration, toutes deux.

M. Cappe : Il est vrai qu'être pauvre, c'est ne pas avoir un revenu suffisant, mais la solution au problème de la pauvreté ne se résume pas à la seule question du revenu. Je crois qu'il nous faut adopter une perspective plus vaste, comme Mmes Yalnizyan et Potvin l'ont affirmé.

Cela dit, je crois que ce sont là de nobles efforts qu'il faut poursuivre. En particulier, je tiens à souligner deux des arguments qui me paraissent être les plus convaincants et qui susciteront l'appui politique à la cause non seulement chez les membres du grand public, mais aussi au gouvernement fédéral et dans les provinces. Je parle du coût de l'inaction. Nous ne passons pas suffisamment de temps — et le sénateur Segal y a fait allusion — à déterminer ce qu'il en coûte de ne pas appliquer cette solution. Nous savons ce qu'il en coûte de l'appliquer, tout au moins c'est une tâche qui est relativement facile. Cependant, il est très difficile d'établir les coûts de l'inaction.

Le deuxième argument qui importe est l'argument intergénérationnel, soit qu'il nous faut enrayer le problème pour les enfants des familles pauvres, de sorte qu'ils ne soient pas destinés à avoir une mauvaise santé, une mauvaise situation économique, et à être pauvres encore.

Il est intéressant de noter que Mme Manson Singer, Mme Yeates et moi-même, nous avons passé d'innombrables heures à des réunions-fédérales-provinciales et fait

painful. It was a no-brainer, but the mechanisms of delivery were very complicated.

I remember having to deal with the Deputy Minister of Finance of the day, who is also in the room, trying to resolve some of the technical implementation issues that were bloody tough. We have two former deputy ministers of finance in the room. Do not underestimate the implementation mechanisms and how complicated they are. The incentive effects, the tax-back rates and all the stuff that goes into how you actually structure it are bloody tough.

I come to a very important initiative, absolutely essential and worth doing, which is to take the long-run view. Here I will fall into Senator Segal's trap of proving my background with, what was it, the hymns of further study and the religion of inertia for bureaucrats or something like that? I think what is required is much more analysis of the technique and the how-to.

I want to pick up on Mr. Butler-Jones's point from earlier. This is ripe for experimentation. There is a real opportunity here to see how people respond and whether you can — again, over the long run — bring the next generation out of poverty.

Here is one of those examples where I do not have the evidence to prove the policy, but my intuition is that this is worth doing, and if you get the incentives right, it could be very successful.

Dr. Reading: I just want to begin by talking about global health and how the elimination of extreme poverty has emerged as one of the most important Millennium Development Goals. It is consistent with the thinking.

In his book about the elimination of poverty, Jeffrey Sachs, who is a well-known economist who focuses his efforts on global health, talks about sustainable economic development, which is connected to what I alluded to earlier. He refers to natural resources as part of assets, and I am specifically thinking about First Nations and Northern communities here. When those assets are extracted, they basically remove wealth from a region.

Often in that process there are environmental contaminants that are left behind. That has impacts on future development of regional resources, but it also impacts on traditional lifestyles. We cannot forget that Canada was built on a fur trade. The Hudson's Bay Company and the Northwest Company were the first to trade in this country and built the wealth of this nation state. People still derive part of their nutrition and their foods from traditional foods up in the North. When economic development is undertaken and it reduces that ability through environmental contaminants, it becomes a problem. This is not an abstract concept. It has been proven by Eric Dewailly at Laval University, and other places, as part of the Arctic Environmental Strategy that environmental contaminants are showing up in the breast

d'innombrables appels téléphoniques au moment où nous travaillions à la prestation nationale pour enfants. C'était très douloureux. La solution était d'une parfaite évidence, mais les mécanismes d'exécution étaient très compliqués.

Je me souviens d'avoir eu à traiter avec le sous-ministre des Finances de l'époque, qui était présent aussi, pour essayer de régler certains problèmes techniques extraordinairement ardues liés à la mise en œuvre. Il y a deux ex-sous-ministres des Finances qui sont présents ici. N'allez pas sous-estimer les mécanismes de mise en œuvre, leur complexité. Les effets incitatifs, les taux de récupération fiscale et tout ce qui entre par ailleurs dans la structure, de la chose, voilà qui est extraordinairement ardu.

J'en viens à une question très importante, qui est absolument essentielle et méritoire, soit qu'il faut adopter un point de vue à long terme. Je vais donc tomber dans le piège tendu par le sénateur Segal et je démontrerai l'expérience que j'ai du phénomène — comment a-t-il dit cela? — Les hymnes récités en faveur d'autres études encore et la religion de l'inertie du côté des bureaucrates, ou quelque chose du genre? Ce qu'il faut à mon avis, c'est d'analyser beaucoup plus à fond la technique et la façon de procéder.

Je veux donner suite à ce que M. Butler-Jones a dit tout à l'heure. La situation se prête parfaitement à l'expérimentation. Il y a une véritable occasion de voir comment les gens réagissent et de déterminer si on peut — encore une fois, c'est à long terme sortir la prochaine génération du piège de la pauvreté.

Voici l'exemple d'un cas où je ne dispose pas d'élément de preuve pour étayer la politique, mais mon intuition me dit que le jeu en vaut la chandelle et, dans la mesure où vous choisissez les bons incitatifs, le projet pourrait être très fructueux.

Dr Reading : Je veux commencer simplement en parlant de la santé dans le monde et de la façon dont l'élimination de l'extrême pauvreté est devenue un des plus importants objectifs du millénaire. Cela concorde avec la pensée qui a été exprimée.

Dans le livre qu'il a écrit sur l'élimination de la pauvreté, Jeffrey Sachs, économiste bien connu qui centre ses efforts sur la santé dans le monde, a parlé d'un développement économique durable, lié à ce dont je parlais plus tôt. Il fait figurer les ressources naturelles parmi les actifs, et je pense en particulier ici aux collectivités des Premières nations et du Nord. Lorsque ces actifs sont retirés, cela a pour effet essentiellement d'éliminer la richesse d'une région.

Souvent, le procédé laisse derrière lui des contaminants environnementaux. Cela a une incidence sur la mise en œuvre future des ressources régionales, mais aussi sur les modes de vie traditionnels. Nous ne pouvons oublier que le Canada s'est bâti grâce à la traite des fourrures. La Compagnie de la baie d'Hudson et la Compagnie du Nord-Ouest sont les premières à s'être adonnées au commerce dans notre pays, dont elles ont édifié la richesse. Encore aujourd'hui, les gens tirent une partie de leurs nutriments et de leurs aliments des sources traditionnelles dans le Nord. Lorsqu'il y a développement économique et que le développement en question réduit cette possibilité du fait des contaminants dans l'environnement, c'est un problème. Ce n'est pas une notion abstraite. À preuve les travaux d'Éric Dewailly à

milk of Nunavut women who breast-feed. That, in turn, results in going to food that is bought in stores which does not have the nutrients that would be contained in traditional foods.

This boils down to assets being reduced. It is important to recognize that, in a model of sustainable economic development, there needs to be an opportunity for Aboriginal people to be players as working with industry and working with the private sector interests to be managing renewable resources. They have a vested interest in the long-term sustainability of those resources. Eliminating poverty as a goal is laudable and extremely important. However, it is not a panacea. It has to be connected to parallel investments in community development.

The final point is that an economic system goes around the borders of Aboriginal communities. When money goes into a community, it goes out of a community immediately to purchase goods and services. Economists have shown that, if you can have money change hands several times within a community before it leaves that community, benefits are accrued each time those resources change hands. However, there have to be investments in economic development for that to take place. The model points to having the exchange go from eight to ten times before the money leaves the community.

I would argue that is what is missing. It is the provision of goods and services at the local community level in terms of distributing resources. We talk about income level, which is extremely important. However, we all know it is the distribution of income and the benefits that accrue from income distribution that are equally important in terms of determinants of health.

Mr. Osberg: I am worried about the "faint praise" phenomenon. When I hear Mr. Cappe talk, I think of being in grad school. It was a long time ago that I was in graduate school. However, they were running negative income tax experiments back then. A lot has been learned about this over the many years since then.

Sometimes there is a question of whether we know enough to try to push it through? I would argue yes. I like the directness, the vision and the feasibility of this proposal. I think some of these are faint praise and it comes from the realization that a negative income tax is not only about health and it is not all of health policy. We can have a perfectly reasonable discussion of a negative income tax on the idea of economic equity among all of Canada's citizens, over and above and irrespective to its impacts on the health status of Canadians.

When we think about the health status of Canadians, I do not think Senator Segal is trying to argue that there will not still be some need for some services; some people need training services or rehabilitation services. Having more cash will not solve their

l'Université Laval, et ailleurs aussi, dans le cadre de la Stratégie pour l'environnement arctique : on a détecté des contaminants environnementaux dans le lait maternel des femmes du Nunavut. Cela fait que les gens s'approvisionnent dans les magasins, dont les aliments vendus ne comportent pas les nutriments qui se trouvent dans les aliments traditionnels.

Pour résumer, ce sont des actifs qui sont réduits. Il importe de reconnaître que, dans un modèle de développement économique durable, les Autochtones doivent avoir un rôle à jouer et travailler avec l'industrie et les intérêts du secteur privé à la gestion des ressources renouvelables. Ils ont intérêt personnellement à ce que les ressources en question demeurent viables à long terme. L'élimination de la pauvreté est un objectif louable et extrêmement important. Cependant, ce n'est pas la panacée. Il faut le lier à des investissements parallèles dans le développement communautaire.

Pour terminer, je veux parler d'un système économique où l'activité est extérieure aux collectivités autochtones. On investit dans la collectivité une somme d'argent, qui en ressort immédiatement pour l'achat de biens et de services. Or, des économistes ont montré que, dans la mesure où on peut faire en sorte que les sommes d'argent changent de mains plusieurs fois au sein même de la collectivité avant d'aboutir ailleurs, il y a des bienfaits qui se manifestent à l'intérieur de la collectivité avec chaque échange. Cependant, pour que cela se réalise, il doit y avoir des investissements faits dans le développement économique. Le modèle fait état de huit à dix échanges du genre, avant que l'argent sorte de la collectivité.

Je dirais que c'est là ce qui fait défaut. La prestation de biens et de services à l'échelle locale, du point de vue de la répartition des ressources. Nous parlons du niveau de revenu, qui est extrêmement important. Cependant, nous savons tous que la répartition des revenus et les avantages qui découlent de cette répartition des revenus sont tout aussi importants en ce qui concerne les déterminants de la santé.

M. Osberg : Le phénomène de la critique à peine voilée m'inquiète. Quand j'entends M. Cappe, je me revois aux études supérieures. Il y a longtemps de cela. Cependant, il y avait même à cette époque-là des expériences d'impôt négatif. Beaucoup de choses ont été apprises à ce sujet au cours des nombreuses années qui se sont écoulées depuis.

Parfois, il s'agit de savoir si nous en savons assez pour faire l'essai? Je dirais que oui. Cette proposition me plaît par son aspect direct, la vision qu'elle comporte et sa faisabilité. Pour certains cas, je crois que c'est lié au phénomène en question et que ça vient de l'idée qu'un impôt négatif n'est pas qu'une question de santé qu'il ne représente pas l'ensemble de la politique de la santé. Nous pouvons avoir une discussion parfaitement raisonnable sur l'idée de l'impôt négatif et de l'équité économique entre les citoyens du Canada, au-delà de sa seule incidence sur l'état de santé de Canadiens.

Si nous songeons à la question de l'état de santé des Canadiens, je ne crois pas que le sénateur Segal essaie de faire valoir qu'aucun service ne sera plus jamais nécessaire; il y a des gens qui ont besoin de services de formation ou de services de réadaptation. Avoir un

need for services. It will, however, make it much easier for them to avail themselves of services and it will reduce the stress in their lives.

You were making this comment about going in and out of poverty and the anxiety that people have in facing the future. You were making comments about anxiety and its impact on mental health and the stress of being poor. There is a huge dimension to the negative income tax that is all about reducing insecurity, reducing anxiety about the future and having a real social safety net that underpins the worst possible outcome that you can anticipate in a reasonable vision of your future.

There are many benefits from it over and above health and by indirect paths to health. I like the emphasis on the feasibility of it. There is the affordability issue, but we move a lot of money around in Canada. Just last fall, we had a series of tax cuts on a five-year basis were costed out at something like \$55 billion or \$60 billion over five years. None of that stuff went to anti-poverty policy.

The total poverty gap in Canada — the amount of money it would take to raise all poor people in Canada to the low-income cut off — was something like \$13.6 billion, in 2005. We have just recently moved around lots of money, enough to solve the poverty issue.

A key thing to remember when we think about anti-poverty policy is this: If you do not have much, it does not take much to make a big difference in your life. The percentage difference in the financial security of poor people, of relatively small-dollar amounts, is huge. Those same dollar amounts are a very small percentage of the income of the top quintile. I refer to the top 10 per cent or, especially, of the top 1 per cent of the income distribution of Canada — who have been doing very well, thank you very much — even as their tax load has gone down and social assistance payments have been cut and the poverty gap has risen as a consequence. There is a need here. I am not a “faint praise” type. I will go for it. I like this.

Mr. Dodge: I am pleased to come in after Mr. Osberg, because I think this is absolute nonsense. Let me go back and start at the beginning. I want to start where Ms. Lynkowski started.

Historically, and today, public health is extraordinarily important to population health. We have starved the public health sector for years and years. To go back to Mr. Tholl's words, somehow we have not been able to create the “burning platform” for public health. Indeed, one can argue that we have been going backwards on the public health side. It is easy now to forget, but we do not deal with the basics such as clean water and so on. We do not deal with those issues and we have Aboriginal communities where we do not deal with those appropriately.

plus grande somme d'argent ne règlera pas le problème du besoin des services. Par contre, dans le contexte, il sera beaucoup plus facile pour les gens de se prévaloir des services et de réduire le stress qu'ils vivent.

Vous parliez du fait d'entrer dans le piège de la pauvreté, d'en sortir, et de l'anxiété que les gens ressentent face à l'avenir. Vous disiez des choses à propos de l'anxiété et de l'impact qu'elle a sur la santé mentale et le stress qui vient avec le fait d'être pauvre. L'impôt négatif comporte une dimension extraordinaire dans le sens où il permet d'abord et avant tout de réduire l'insécurité, de réduire l'anxiété à propos de l'avenir et de disposer un véritable filet de sécurité social par rapport au pire scénario que vous puissiez anticiper si vous avez une vision raisonnable de l'avenir.

Il comporte de nombreux avantages, au-delà de la santé et des chemins qui mènent indirectement à une meilleure santé. J'aime bien l'accent qui est mis sur la faisabilité du projet. Il y a la question de l'abordabilité aussi, mais il y a beaucoup d'argent qui circule au Canada. Pour ne parler que de l'automne dernier, il y a eu une série de réductions d'impôt prévues sur cinq ans, dont le coût a été chiffré à quelque 55 milliards ou 60 milliards de dollars sur cinq ans. Rien de cela n'a été consacré à la politique antipauvreté.

L'écart de pauvreté globale au Canada — la somme d'argent qu'il faudrait pour relever le revenu des pauvres du Canada au seuil dit de faible revenu — s'élevait à quelque chose comme 13,6 milliards de dollars en 2005. Or, nous venons de brasser beaucoup d'argent, suffisamment pour régler le problème de la pauvreté.

Il y a un élément clé qu'il faut se rappeler en ce qui concerne la politique antipauvreté : si vous disposez de peu, ça ne prend pas grand-chose pour changer sensiblement votre vie. La part que représentent des sommes d'argent relativement faibles dans le bilan financier des pauvres est énorme. Les mêmes sommes d'argent représentent, dans le premier quintile des revenus, une proportion très faible. Je parle du premier décile ou particulièrement du premier pour cent des revenus au Canada dont les affaires vont très bien merci —, dont le fardeau fiscal a diminué et les versements à l'assistance sociale ont fait l'objet de réductions. L'écart de pauvreté a grandi par voie de conséquence. Il y a là un besoin. Je ne suis pas du genre à louer un projet pour mieux le critiquer. Je voterai en faveur de ce projet. Il me plaît.

M. Dodge : Je suis heureux de pouvoir parler après M. Osberg, car, à mes yeux, c'est de la pure folie. Permettez-moi de revenir au début. Je veux commencer au point où Mme Lynkowski a commencé.

Historiquement, comme aujourd'hui, la santé publique revêt une importance extraordinaire du point de vue de la santé de la population. Cela fait des années et des années que nous affaillons le secteur de la santé publique. Pour revenir aux paroles de M. Tholl, quelles qu'en soient les raisons, nous n'avons pas réussi à créer le « besoin urgent d'agir » du point de vue de la santé publique. De fait, on peut faire valoir que nous régressons du point de vue de la santé publique. Il est facile de l'oublier maintenant, mais nous ne nous occupons pas des choses

Environment raises an issue: at least the worst aspects of the real toxic elements of environment. That was why we were there, if you go back to the founding of the Department of Health and Welfare in 1919. However, 1919 raises another very important issue of public health and that is infectious disease prevention. We had a lesson in this country. We are forgetting that lesson very quickly. Dr. Butler-Jones is trying to make sure we do not forget the lesson quickly and get on with it. However, we do not have a public health sector that is very well organized. Pity the poor local medical officer of health in trying to deal with it. I will tell you, far from any negative income tax or anything like that, if we have something really serious in terms of an Asian flu or whatever, that will be the burning platform, all right; we will end in burning.

I think, Mr. Chair, it is extraordinarily important in your final report to start with that basic platform on public health. Much can be done at a relatively low cost — relatively low cost compared to any the health care side of things — to improve the situation. Information is very important because that is what we learned in SARS: We could not pass the information around correctly.

If you are talking population health, your first section had better be get the public health aspects right and remember that this was the traditional role of the department. Let us not abandon that traditional role. Indeed, it is one where federal, provincial and local cooperation can be had. Let me start there.

Second, there has been a lot of discussion here around this table on poverty. We need to be absolutely clear that we do not want to take away from Canadians the freedom to fail. The freedom to fail is a very important thing to have, which Senator Segal would take away from us.

What does that mean? That means you really ought to start with: What is it that will allow kids and, indeed, fetuses, to have the start that is likely to put them in a position to be healthy people throughout their lives? That starts with maternal health and money is not the only answer although it is an important answer.

The second thing is the school system. Once people get into the school system we actually have good ways in the provinces of dealing with them. The great problem is the early childhood side, which is a huge problem. You flagged that yourself, senator, at the start. Clearly, a much-enhanced Child Tax Credit may well be a very important federal contribution to helping to deal with that. Perhaps it can be the best single federal contribution that can be

fondamentales comme l'eau potable, par exemple. Nous ne nous occupons pas de ces questions, et il y a les collectivités autochtones où nous ne nous en occupons pas correctement.

L'environnement soulève une question; c'est le cas tout au moins des pires aspects de la présence des éléments toxiques qui se trouvent dans l'environnement. C'est la raison pour laquelle nous avons vu le jour, si vous remontez à la création du ministère de la Santé et du Bien-être social en 1919. Cependant, songer à 1919, c'est songer à une autre question très importante du point de vue de la santé publique, soit la prévention des maladies infectieuses. Nous avons reçu une leçon au pays. Or, nous oublions très rapidement cette leçon. Le Dr Butler-Jones veut s'assurer que nous n'oublions pas la leçon rapidement, que nous nous mettions en marche. Toutefois, le secteur de la santé publique n'est pas très organisé. Je plains le pauvre directeur de la santé local qui essaie de s'attaquer à la situation. Je vais vous dire : laissez faire l'impôt négatif et les trucs du genre, s'il y a quelque chose de vraiment grave qui se présente, par exemple, la grippe asiatique ou je ne sais quoi encore, nous l'aurons bel et bien, ce brûlant besoin d'agir; nous allons nous faire brûler à la fin.

Monsieur le président, à mon avis, il est extraordinairement important que votre rapport final ait pour point de départ le programme fondamental de santé publique dont il a été question. Une faible somme d'argent permet d'en accomplir beaucoup — une somme relativement faible par rapport à ce qui est dépensé du côté des soins de santé à proprement parler — quand il s'agit d'améliorer la situation. L'information est très importante; c'est ce que nous a appris l'épisode du SRAS. Nous n'arrivions pas à faire circuler l'information correctement.

Si vous envisagez la question de la santé de la population, la première partie de votre rapport doit énoncer correctement les divers aspects de la santé publique. N'oubliez pas que c'était le rôle traditionnel du ministère. N'abandonnons pas ce rôle traditionnel. De fait, c'est un rôle où il est possible d'obtenir que l'administration fédérale et les administrations provinciales et locales coopèrent. Commençons là.

Ensuite, les participants à notre table ronde ont beaucoup discuté de la question de la pauvreté. Il faut être absolument clair sur un point : nous ne voulons pas priver les Canadiens de la liberté d'échouer. Il est très important de disposer de la liberté d'échouer, ce dont le sénateur Segal voudrait nous priver.

Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que vous devriez commencer vraiment par ceci : qu'est-ce qu'on peut faire pour s'assurer que les enfants, de fait, les fœtus, connaissent dans la vie un départ qui est susceptible d'en faire des êtres qui demeureront en santé toute la vie durant? Ça commence par la santé maternelle, et l'argent n'est pas seule solution au problème, même s'il demeure une solution importante.

Le deuxième élément, c'est le réseau scolaire. Une fois les enfants arrivés à l'école, de fait, nous disposons dans les provinces de bonnes façons de nous occuper d'eux. Le grand problème est celui de la petite enfance, problème énorme. Vous avez cerné ce problème vous-même, sénateur, au départ. Sans aucun doute, un crédit d'impôt pour enfants nettement amélioré pourrait se révéler une contribution fédérale très importante à la solution de ce

made. I have no apologies for saying Senator Segal is right for family with kids up to the ages of five, six or seven. That can be very helpful in improving that issue. However, it is not the only thing, as we well known. We are learning from research that, if brains are wired badly, it is extraordinarily hard to reverse it later on. Indeed, the more recent work indicates that genetic composition can change your life and that could well be affected by this early period. That does not mean when things go right that everyone will succeed. That is why I said that you do not want to pick up the failures later on; you want to make sure that people get a start. Overall, that would be the best for health.

Senator, you raised the need for a whole-of-government approach. There are many things but if we think of what it is at the federal level that is important and, indeed, in some sense is a whole approach, first, make sure we have a public health system that works and is robust. Then focus on kids in the womb and in those very early years. The evidence is clear that, regardless of income later on, if you have a bad start, you are in deep trouble in life. If you are looking for a focus for a whole-of-federal-government, focus on that very early period and focus on public health.

Mr. Lewis: I want to clarify. If I heard you correctly, are you saying that eliminating formal poverty by raising everyone to the LICO or something with a negative income tax will sap their will to succeed?

Mr. Dodge: No, let me be as provocative as Senator Segal. One of our problems in this country is that we abhor failure. People have to keep trying and there will be failures. There will be communities that fail. We have some Aboriginal communities that are enormously successful and others with higher incomes that are huge failures.

I do not think we should be quite as afraid of failure at that level. However, if people have not had a chance to get started right and then fail, that is a collective problem. If people get started right, some will fail later on — and some communities will fail later on — but that is not so much a collective problem; that is a problem of that community or that individual. However, you have to get the right start.

We know from social science, but increasingly now from biological science and medicine, how important that getting started is. If you need focus — and you do need focus — you have to create a platform. I would submit that the great advantage

problème. C'est peut-être la pierre la plus intéressante que le gouvernement fédéral peut apporter à l'édifice. Je ne m'excuserai nullement en disant que le sénateur Segal a raison pour ce qui est des familles dont les enfants ont jusqu'à cinq, six ou sept ans. Ça peut être très utile pour améliorer la situation. Cependant, ce n'est pas le seul facteur, comme nous le savons bien. Les recherches nous l'apprennent : si les connexions du cerveau font défaut, il est extraordinairement difficile de redresser la situation plus tard. De fait, les travaux les plus récents laissent voir que la composition génétique peut changer la vie de la personne et que la période de la petite enfance y est peut-être bien pour quelque chose. Cela ne veut pas dire que celui qui a un départ canon va nécessairement réussir plus tard. C'est pourquoi je disais qu'il ne faut pas avoir l'idée de repérer les échecs plus tard; il faut s'assurer que les gens connaissent un bon départ. Globalement, c'est ce qui serait le mieux pour la santé.

Sénateur, vous avez évoqué la nécessité d'adopter une approche pangouvernementale. Les éléments qui entrent en jeu sont nombreux, mais si nous songeons à ce qui importe à l'échelle fédérale et, de fait, à ce qui convient à une approche globale, d'abord, il faut s'assurer que le système de santé publique est fonctionnel et robuste. Ensuite, il faut se pencher sur la situation des enfants dès le moment où ils sont dans le ventre de la mère et pendant les toutes premières années. La recherche le fait voir clairement : quel que soit le revenu touché plus tard, si votre départ a été mauvais, vous connaissez de graves problèmes dans la vie. Si vous cherchez le point névralgique d'une approche pangouvernementale fédérale, ce serait la toute première enfance et la santé publique.

M. Lewis : Je tiens à apporter une précision. Si j'ai bien entendu, vous êtes en train de dire que le fait d'éliminer la pauvreté en relevant tout le monde au seuil de faible revenu ou en recourant à un impôt négatif aura pour effet de miner la volonté de réussir chez les gens?

M. Dodge : Non, mais permettez-moi d'être aussi provocateur que le sénateur Segal. Un des problèmes que nous connaissons au Canada, c'est que nous détestons l'échec. Il faut que les gens persistent, et il y aura des échecs. Il y aura des collectivités qui échouent. Nous avons des collectivités autochtones qui connaissent une réussite extraordinaire et d'autres qui, même si elles ont un revenu plus élevé, connaissent un échec extraordinaire.

À mon avis, nous ne devrions pas tant craindre l'échec sous cet aspect-là. Tout de même, si les gens n'ont pas l'occasion de connaître un bon départ, puis qu'ils connaissent l'échec, je dirais que c'est un problème collectif. Si les gens connaissent un bon départ, certains échoueront plus tard — et certaines collectivités échoueront plus tard —, mais ce n'est pas tant un problème collectif; c'est un problème qui relève de la collectivité ou de la personne dont il est question. Cependant, il faut que le départ soit bon.

Les sciences sociales nous l'ont appris, mais les sciences biologiques et la médecine nous l'apprennent de plus en plus aussi : il est vraiment important de connaître un bon départ. S'il vous faut vous concentrer sur une tâche — et il faut le faire —, il

but I am not a politician — of focusing there is it is not seen by middle-income people or upper middle-income people as taking something away from them to give to someone else. It is clearly something that is seen as a focus, something that they would focus on themselves for their own kids.

Politically, in terms of involving the whole society, and on the basis of our scientific understanding and from social sciences, that focus right at the beginning will pay the greatest dividends, at least over a generation. You cannot solve all these problems overnight. In the end, it will help Senator Fairbairn's literacy problem more than anything else.

Mr. Lewis: Would not the population health researchers tell you — and they can tell you directly — what you suggest to focus on is exactly what we have focused on? We had the early comprehensive childhood development programs from the 1990s. We are focusing more on public health. We have the Public Health Agency of Canada, and they would say you cannot help the kids if you do not help their families. It is the context of the parents that influence the kids. Are you saying that this is palatable because it does not involve the kind of redistribution that you have in mind and it is politically sellable?

Mr. Dodge: No, it redistributes to a place that every middle-class person would feel is important.

Mr. Lewis: What if they are wrong? What if the middle-class view of what is acceptable redistribution is not effective?

Mr. Dodge: The science says that is where we should go. Follow the evidence; the evidence is very clear.

Ms. Manson Singer: Let me reflect briefly on some of the evidence from our foray into the National Child Benefit, to which Mr. Cappe has already referred. British Columbia implemented a national child benefit a couple of years in advance of the NCB and we were able then to look at what happened in terms of the population and what made a difference.

The first thing that happened — and it was actually much more exaggerated than any of our expectations — is that people flew off of welfare. We had a reduction of over 40,000 kids on income assistance in the first year that it was implemented.

The other thing we underestimated was the direct economic benefits to communities. My colleague in finance came back to me and said, "Our sales tax revenue is up in all of these cohorts." I

faut créer un programme de base à cet égard. Je ne suis pas politicien, mais je ferais valoir que le fait de concentrer les efforts sur cette tâche-là présente un grand avantage, soit que les membres de la classe moyenne ou de la classe moyenne supérieure n'y voient pas une mesure qui leur retire quelque chose à eux pour le donner à quelqu'un d'autre. C'est clairement une mesure qui est considérée comme étant centrée sur la tâche, une tâche sur laquelle ils se concentreraient eux-mêmes pour leurs propres enfants.

D'un point de vue politique, dans l'idée de faire appel à la société entière et de fonder son action sur une connaissance scientifique et sur les sciences sociales, c'est l'accent mis sur la première enfance qui rapportera le plus de dividendes, du moins le temps d'une génération. On ne saurait régler tous ces problèmes du jour au lendemain. Au bout du compte, plus que toute autre chose, ça sera utile du point de vue du problème d'alphabétisation soulevé par le sénateur Fairbairn.

M. Lewis : Les chercheurs en santé de la population vous le diront — et ils peuvent vous le dire directement —, le centre d'intérêt que vous avez déterminé est tout à fait celui que nous avons déterminé de notre côté. Nous avons instauré les programmes globaux de développement de la petite enfance au cours des années 90. Nous nous attachons davantage à la santé publique maintenant. Il y a l'Agence de la santé publique du Canada, qui vous dirait qu'il n'est pas possible d'aider les enfants si vous ne venez pas en aide aux familles. C'est le contexte où évoluent les parents qui influe sur les enfants. Affirmez-vous que le projet plaît aux gens parce qu'il ne suppose pas le genre de redistribution que vous avez à l'esprit et qu'il peut être « vendu » à la population?

M. Dodge : Non, la redistribution favorise une chose que tout membre de la classe moyenne jugerait importante.

M. Lewis : Qu'en est-il s'ils ont tort? Qu'en est-il si l'idée que se fait la classe moyenne d'une redistribution acceptable n'est pas efficace?

M. Dodge : La recherche scientifique nous dit que c'est dans cette voie qu'il faut s'engager. Il faut suivre les connaissances scientifiques; c'est très clair.

Mme Manson Singer : Permettez-moi de traiter brièvement de certains des éléments que nous avons tirés de notre expérience de la prestation nationale pour enfants, à laquelle M. Cappe a déjà fait allusion. La Colombie-Britannique a adopté une prestation nationale pour enfants quelques années avant celle que nous connaissons, et nous avons pu examiner ce qui s'est passé en ce qui concerne la population et toute différence à relever.

La première chose qui est arrivée — de fait, c'était nettement plus prononcé que ce à quoi nous nous attendions —, c'est que les gens ont quitté les rangs de l'aide sociale à la vitesse grand V. Il y a eu une diminution de plus de 40 000 enfants dont la famille vivait de l'assistance au revenu au cours de la première année où la prestation a été mise en œuvre.

L'autre facteur que nous avons sous-estimé, c'est les retombées économiques directes pour les collectivités. Mon collègue des finances m'est revenu en disant : « Nos recettes pour la taxe de

said, "Yes of course, because when you match our welfare records to where we are spending the money, there is a significant payment going into those communities."

Poor people do not save their money, they spend it. As a direct consequence, there was quite a lot of direct economic benefit to the province. The benefit did not cost as much as we had estimated and although it went out the front door looking like a very large sum, it came back to the province in many other ways.

The point around the investment in terms of reducing poverty for children, and the way we have done it through the National Child Benefit, does not answer the questions or the need for a comprehensive early child development strategy that is directly targeted at young children and their parents. Even with those amounts of money that I may gain as an individual mom, with that small amount of gain, I cannot create the conditions that are necessary to foster this kind of caring, collaborative community that will really make a difference in quality of my child's health and my ability to parent that child.

I do not think we can say it will solve the problem. Also, many would say that it costs a great deal more to do it and it will strip out all of our other social programs. I do not accept that argument because it flows back to the country and provinces in different ways. However, I do not think that we can answer the problems of public health and raising healthy children with simply doing it through income redistribution. We need a parallel strategy that will be going there; otherwise, we are in danger of thinking we have the solution whereas, in fact, we have not.

We can point to one-size-fits-all approaches — for example, our whole progress on deinstitutionalization. I remember all of us putting our hands up and saying what a wonderful idea. Of course, now our communities have a great deal of difficulty in dealing with the consequences of it.

I think it is an important idea. We have had good evidence with the National Child Benefit of how that has made a difference for families, how it has redistributed money. However, what has been more important is that the agreement Canada struck with the provinces was to ensure that the reduction in their expenditures was reinvested in four pillars of development that were really important in work and training for families on low income, but also in early childhood development.

Those kinds of structures and frameworks, where provinces can choose how to reinvest within three or four broad areas, are essential. If the federal government cuts a cheque and does not hold the provinces accountable to reinvest those monies saved into something that is much more productive, on early childhood development — I am with Mr. Butler-Jones on this one, and with

vente sont à la hausse dans toutes ces cohortes. » J'ai dit : « Oui, bien sûr, si on fait le lien entre nos dossiers d'assistance sociale et les endroits où l'argent est dépensé, on voit qu'il y a une somme d'argent considérable qui circule dans les collectivités en question. »

Les pauvres n'épargnent pas, ils dépensent. Par voie de conséquence directe, cela a donné de très importantes retombées économiques directes pour la province. La prestation n'a pas coûté autant que nous l'avions estimé et, même si la somme consacrée au départ paraissait très importante, la province a récupéré la mise de nombreuses autres façons.

L'idée de l'investissement pour réduire la pauvreté chez les enfants et la façon dont nous nous y sommes pris dans le cas de la prestation nationale pour enfants n'est pas utile si on considère le problème ou le besoin d'une stratégie globale de développement de la petite enfance qui est directement centrée sur les jeunes enfants et leurs parents. Même avec les sommes d'argent que je peux en tirer en tant que mère, individuellement, avec ce faible gain, je ne peux créer les conditions nécessaires pour favoriser la collectivité compatissante et soucieuse des enfants qui, en vérité, changera vraiment la donne pour ce qui touche la santé de mon enfant et ma capacité de l'élever en tant que parent.

À mon avis, nous pouvons affirmer que ça va régler le problème. De même, nombreux sont ceux qui diraient que l'adoption de la mesure coûte extraordinairement cher et privera de fonds tous les autres programmes sociaux. Je ne suis pas d'accord avec cet argument-là, car les fonds reviennent au pays et aux provinces de diverses façons. Cependant, je ne crois pas que le seul fait de redistribuer les revenus réglerait les problèmes que posent la santé publique et l'idée d'élever des enfants en santé. Il nous faut une stratégie parallèle; sinon, nous risquons de penser que nous avons trouvé la solution alors que, de fait, ce n'est pas le cas.

Nous pouvons montrer du doigt les approches universelles par exemple, tout le progrès que nous avons obtenu avec la désinstitutionnalisation. Je me souviens que nous ayons tous crié : quelle idée merveilleuse! Bien entendu, maintenant, nos collectivités éprouvent beaucoup de difficultés à composer avec les conséquences de cette décision.

Cela me paraît être une idée importante. Dans le cas de la prestation nationale pour enfants, nous disposons de données solides qui portent à croire que la prestation a bel et bien aidé les familles, qu'elle a permis de redistribuer l'argent. Cependant, il y a eu quelque chose d'encore plus important : le Canada a conclu avec les provinces un accord pour s'assurer que les économies qu'elles réalisaient grâce à la réduction des dépenses étaient réinvesties dans quatre piliers du développement jugés vraiment importants pour le travail et la formation dans les familles à faible revenu, mais aussi pour le développement de la petite enfance.

Les structures et cadres de cette nature, qui permettent aux provinces de choisir de réinvestir dans trois ou quatre grands secteurs, sont essentiels. Si le gouvernement fédéral remet aux provinces un chèque sans les tenir responsables de réinvestir les économies dans quelque chose de plus productif, dans le développement de la petite enfance — je suis d'accord avec

many of you in this room — then we will see merely cutting off the tail of the distribution without any of the supports that are necessary to create the conditions that will enhance the ability of children to grow up in a healthy and contributing way.

We had coined a phrase about this some time ago, that it was really about population prosperity. In order to have a population prosperity approach, you have to invest at the front end. You will see definite returns on your investment and a population that will become much more prosperous than it is now.

The Chair: Can I tease this out a little bit? A concept that we are struggling with in coming up with the report is the distinction between parenting and daycare. Daycare is for the benefit of the mother, but what is needed for early childhood — wait a minute — you can all join in the dance but I want you to educate me first. I want this teased out. Early childhood development is dependent on appropriate parenting, is it not?

Ms. Potvin: No, that is only one item.

The Chair: If appropriate parenting is missing, I am told that warehousing a child will not produce a good human being.

Ms. Potvin: Do not listen to those people.

Mr. Cappe: We need the professionalization of child care, because child care should not be just warehousing. The professionalization of it becomes an issue.

Ms. Potvin: Early child development is the key issue.

The Chair: The reason I went to Cuba was to observe this system. There, grandparents can get a BA in early childhood development because the parents are working and do not have time to participate in the development of the child. The grandparents substitute for them. They have superb daycare, do not take me wrong, but it is much more than daycare.

Ms. Manson Singer: You are absolutely right. Early childhood development is a very important component of a child's early start and can help to determine how that child will contribute to Canada. I would caution the idea about warehousing daycare — a lexicon that we tried to get rid of — because many parents need child care during the night time and on weekends. There is a way of thinking about daycare as being from 8 a.m. to 4 p.m. Monday to Friday, which is not what we need in this country.

M. Butler-Jones sur ce point et avec bon nombre des personnes ici présentes —, nous allons simplement couper la queue de la distribution en l'absence des mesures de soutien nécessaires pour créer les conditions favorables, celles qui permettent aux enfants de grandir de manière saine et de manière à contribuer à la société.

Nous avons trouvé un tour de phrase intéressant à ce sujet il y a un certain temps en affirmant qu'il s'agit vraiment de la prospérité de la population. Pour adopter une approche fondée sur la prospérité de la population, il faut investir au départ. Cela vous permettra d'obtenir un rendement sur votre investissement et d'avoir une population qui sera beaucoup plus prospère qu'elle l'est en ce moment.

Le président : Puis-je vous le faire dire sans le demander directement? Il y a un concept avec lequel nous nous débattons en vue de produire le rapport. C'est la distinction entre le travail des parents et la garde des enfants. La garde des enfants profite à la mère, mais ce qu'il faut pour la petite enfance — un instant —, vous allez tous pouvoir vous joindre à la ronde, mais je veux que vous m'éclairiez avant. Je veux vous le faire dire. Le développement de la petite enfance dépend de ce que les parents fassent un travail approprié, n'est-ce pas?

Mme Potvin : Non, ce n'est qu'un facteur parmi d'autres.

Le président : On me dit que, dans la mesure où le travail parental fait défaut, la garde des enfants en entrepôt ne produira pas un bon être humain.

Mme Potvin : N'écoutez pas les gens qui disent ça.

M. Cappe : Il nous faut une professionnalisation de la garde des enfants, car il ne faut pas que ça se résume à une sorte d'entreposage. C'est la professionnalisation de la tâche qui devient un enjeu.

Mme Potvin : Le développement de la petite enfance est l'enjeu clé.

Le président : Si je suis allé à Cuba, c'est pour observer ce système-là. Là-bas, les grands-parents peuvent obtenir un BA en développement de la petite enfance; c'est que les parents travaillent et n'ont pas le temps de participer au développement de l'enfant. Les grands-parents se substituent aux parents. La garde des enfants là-bas est extraordinaire, mais comprenez-moi : c'est bien plus qu'une simple garde d'enfants.

Mme Manson Singer : Vous avez tout à fait raison. Le développement de la petite enfance est un élément très important du premier départ de l'enfant dans la vie; ça peut déterminer la mesure dans laquelle l'enfant va contribuer à la société canadienne plus tard. Je vous mettrais en garde contre l'idée des garderies comme entrepôt — nous avons essayé de nous débarrasser de ce vocabulaire... de nombreux parents ont besoin de faire garder les enfants en soirée et la fin de semaine. La garde d'enfants peut être envisagée comme un service offert de 8 heures à 16 heures du lundi au vendredi, mais ce n'est pas ce qu'il nous faut au Canada.

The conceptualization of child care often depends upon where it is located within ministries. For example, if it is in a ministry of human resources, it has a labour market focus to help parents to get to work. If it is in a ministry of education, it has a focus on early child development ensuring that there is a good bridge between zero and readiness-to-learn. If it is in a ministry for women's equality, it has a distinct focus on ensuring that women have equal positions. We need to rethink that way of dealing with child care. We agree with you that there are significant problems when you try to dissect what it all means.

An early child development approach to child care is a comprehensive approach to ensuring that the best conditions for a child to grow are present. That means many more things are in place beyond just good parenting. It is the conditions to maximize the development of that human being. What are those necessary conditions? We come back to the list of determinants of health. Within our early child development approach, we need to focus on all of those determinants to ensure that we have an enabling condition to result in population prosperity.

Ms. Potvin: It takes a whole village to raise a child.

Ms. Manson Singer: Was that helpful?

The Chair: That is just what I wanted to hear.

Ms. Potvin: Interesting data have come out of Quebec on that point: The quality of daycare. The public system daycare seems to be of the highest quality in Quebec. Daycare quality can help poor kids to overcome some of the disadvantages that they have at home. This one redistributive measure directly affects childhood development globally and on a population level.

Mr. Cappe: On this point, Fraser Mustard talks extensively about abuse and neglect and neglect is one of those great problems. It can occur in the home as much as anywhere else. In that sense, a more professional developmental child care system can have this huge effect on population health.

Ms. Potvin: We emphasized that point. When we looked in British Columbia at readiness to learn as being a marker of how well our children were being cared for, the real problem was not in the tails of the distribution but was in the middle. We saw significant problems in children's readiness to learn among the middle class. This was very much a problem in terms of thinking how to use redistributive efforts to solve problems of readiness to learn. We had to look at a much more comprehensive approach in order to ensure that we were working across the population.

La conceptualisation de la garde des enfants dépend souvent de l'endroit où se trouve le fonctionnaire. Par exemple, s'il s'agit du ministère des Ressources humaines, l'élément marché du travail interviendra. Il s'agit d'aider les parents à intégrer le marché du travail. Si c'est le ministère de l'Éducation, l'accent est mis sur le développement de la petite enfance. Il s'agit alors d'assurer une bonne transition entre les tout premiers stades de l'enfance et celui où l'enfant est prêt à apprendre. Si c'est le ministère qui s'occupe de la question de l'égalité des hommes et des femmes, on insistera sur l'idée que les femmes doivent se retrouver dans une situation d'égalité. Il nous faut repenser la façon dont nous abordons la garde des enfants. Nous sommes d'accord avec vous pour dire qu'il existe d'importants problèmes, qui se voient quand on essaie de disséquer la signification de tout cela.

Une approche de garde axée sur le développement de la petite enfance est une approche globale qui permet de s'assurer d'avoir en place les meilleures conditions possibles où l'enfant va grandir. Cela fait intervenir un grand nombre d'éléments outre le seul travail des parents. Ce sont les conditions nécessaires pour maximiser le développement de l'être humain en question. Quelles sont ces conditions nécessaires? Nous revenons alors à la liste des déterminants de la santé. Dans les limites de notre approche axée sur le développement de la petite enfance, nous devons prêter attention à tous les déterminants en question, pour nous assurer de mettre en place les conditions aboutissant à la prospérité de la population.

Mme Potvin : Il faut tout un village pour élever un enfant.

Mme Manson Singer : Est-ce que ça vous éclaire?

Le président : C'est simplement ce que je voulais entendre.

Mme Potvin : Il y a des données intéressantes qui nous proviennent du Québec sur ce point : la qualité de la garde des enfants. Le réseau public des centres de la petite enfance semble être de toute première qualité au Québec. La qualité de la garde peut aider les enfants pauvres à surmonter certains des désavantages qu'ils connaissent à la maison. C'est une mesure de redistribution qui touche directement le développement de la petite enfance, de façon globale, au sein d'une population.

M. Cappe : Sur ce point, Fraser Mustard a beaucoup parlé de l'abus et de la négligence, et la négligence est l'un des grands problèmes que l'on connait. Ça peut arriver à la maison aussi bien qu'ailleurs. Dans ce sens-là, un système de garde axé sur le développement des enfants et davantage professionnalisé peut avoir un effet extraordinaire sur la santé de la population.

Mme Potvin : Nous avons insisté sur ce point-là. En prenant pour marqueur la mesure de la capacité d'apprentissage en Colombie-Britannique pour déterminer si on s'occupait bien de nos enfants, nous avons constaté que le véritable problème réside non pas dans la queue de la distribution, mais plutôt au milieu. Nous avons constaté l'existence de problèmes importants touchant la capacité d'apprendre des enfants au sein de la classe moyenne. Ça posait indéniablement un problème; il fallait penser à la manière de recourir à la redistribution pour résoudre les difficultés liées à la capacité d'apprendre. Il nous a fallu envisager une approche nettement plus globale pour nous assurer que le travail profitait à l'ensemble de la population.

Population health from that perspective requires a holistic approach to the population, such that we are providing those kinds of resources and support across the population.

John Wright, Former Deputy Minister of Finance and Health, Saskatchewan, as an individual: I hate to pull this back to the negative income tax but I will, which, on the surface of it, looks like a great idea. Simplicity is next to godliness — the go-big-or-go-home strategy. It is leadership at the top; wonderful. There is only one little problem that Mel Cappe raised: the quagmire of federal-provincial relations. There is one population in Canada that is the responsibility of the federal government; that is the First Nations. What a wonderful incubator to test this out. What a wonderful idea: Put in a negative income tax for First Nations and let us see how it goes. It would move the agenda forward and we could learn from our mistakes and successes. I am not sure how it will address little issues like the lack of public health inspections on-reserve, or the housing situation on-reserve, or the quality of water on-reserve, or the lack of an immunization strategy on-reserve, or literacy issues on-reserve, but you have to start somewhere, so let us start there.

Mr. Chair, I propose, therefore, that the negative income tax proposal be adopted and applied to First Nations individuals in this country.

Senator Segal: That is a very intriguing offer. I have, on several occasions in this very room, the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples proposed winding down the Department of Indian Affairs and Northern Development, which is an abomination and an embarrassment to our country, and distribute the cash, plus legitimate mineral resources, on a per capita basis to every Aboriginal. I made that proposal not because of where they live but because they are a First Nation and we owe it to them. I am delighted to start there. Nothing would make me happier.

The comments and the criticisms today have been extremely constructive and helpful. Ms. Yalnizyan, if we were to begin by looking at the design of the income flow from a negative income tax, what elements would have to go into it? Maybe of the issues that you raised would have to be addressed in that mix or it would not be a legitimate design process.

I accept Mr. Cappe's comment with respect to the technical quagmire. We are not making progress with the \$140 billion we have spent on an annual basis as of 1990-96 on aspects of our social service program. The numbers are not getting better.

Am I in any way in favour of diminishing support for housing or for the handicapped or for the intellectually disadvantaged? Of course I am not. A point for consideration: Mr. Wright's

Dans cette perspective-là, pour assurer la santé de la population, il faut une approche globale de la population, de telle sorte que nous prévoyons ces genres de ressources et de mesures de soutien pour l'ensemble de la population.

John Wright, ex-sous-ministre des Finances et de la Santé, Saskatchewan, à titre personnel : Je suis désolé de ramener sur le tapis la question de l'impôt négatif, mais je vais le faire, étant donné que, à première vue, l'idée semble excellente. La simplicité est la première des vertus — c'est l'idée de chercher la grande solution qui va tout régler, sinon à quoi bon? L'ordre d'agir vient d'en haut. C'est merveilleux. Il n'y a qu'un petit problème, que Mel Cappe a soulevé : le borbier des relations fédérales-provinciales. Il y a au Canada une seule population qui relève de la responsabilité du gouvernement fédéral; ce sont les Premières nations. Quel merveilleux incubateur pour mettre à l'essai cette idée. Quelle idée merveilleuse : instaurer un impôt négatif pour les Premières nations et voir ce que ça donne. Cela nous permettrait de faire progresser le dossier et de tirer des leçons utiles de nos erreurs comme de nos succès. Je ne sais pas très bien comment cela permettrait de régler des petits problèmes comme l'absence d'inspections aux fins de la santé publique dans les réserves ou les difficultés de logement dans les réserves ou encore la qualité de l'eau dans les réserves, sinon l'absence d'une stratégie d'immunisation dans les réserves ou les difficultés liées à l'alphabétisation dans les réserves, mais il faut commencer quelque part; commençons donc là.

Monsieur le président, je propose donc que le projet d'impôt négatif soit adopté et appliqué aux membres des Premières nations au Canada.

Le sénateur Segal : Voilà une offre qui est très intrigante. Ici même, dans la salle où nous nous trouvons, j'ai plusieurs fois proposé au Comité sénatorial permanent des peuples autochtones de supprimer le ministère des Affaires indiennes et du Nord, qui est une abomination et une honte pour notre pays, puis de prendre les économies réalisées, plus les redevances sur les richesses minérales légitimes, pour remettre sa part à chaque Autochtone. J'ai fait cette proposition-là non pas parce que les Autochtones vivent dans une réserve, mais parce qu'ils forment une Première nation et que nous leur devons cela. Je me réjouis tout à faire de commencer là. Rien ne ferait mieux mon bonheur.

Les observations et les critiques que nous avons entendues aujourd'hui ont été extrêmement constructives et utiles. Madame Yalnizyan, si nous devons nous attacher d'abord à la question des revenus tirés d'un impôt négatif, quels seraient les éléments constitutifs de la mesure? Les points que vous avez soulevés devraient peut-être être abordés dans une telle combinaison, sinon ce ne serait pas une façon légitime de concevoir la mesure.

J'admets ce que M. Cappe a dit à propos du borbier qui se présente sur le plan technique. Nous ne progressons pas avec les 140 milliards de dollars que nous consacrons tous les ans à ces aspects de notre programme de services sociaux depuis 1990-1996. Les statistiques ne laissent pas voir d'amélioration.

Suis-je en faveur de l'idée de réduire le soutien au logement ou aux personnes handicapées ou aux déficients intellectuels? Bien sûr que non. Je vous soumettrai ceci : la proposition de

proposition is an interesting place to start. If we do not at least deal with what we can deal with as directly as possible, we will find ourselves around a similar table in ten years time wondering what we will do about the impact of poverty on public health.

I say to my friend Mr. Dodge, let us be clear: Some people have taken the view of freedom to fail. You did great things for the bank; I just hope the bank did not contaminate you.

Winston Churchill said in 1946, at a meeting of his party that, while he was against any limit on what people can achieve, there must be a balustrade under which no person is allowed to fall. That terrible, left-wing fascist, Winston Churchill, said that; and Disraeli said the same thing. Even Richard Nixon, Tommy Douglas and that radical left-winger, Bob Stanfield, all suggested that the freedom to fail has to have a limit because the cost we all pay when the failures are too intense, even for short periods of time, are too destructive of our values as a society and as a Canadian family. That is the only case that I make. I am not suggesting it should replace learning from the report by Justice Archie Campbell, Chair of the SARS Commission and all that we have to invest. However, I am suggesting that it might be one place to start. It is nothing more comprehensive or exclusionary than that.

Dr. Butler-Jones: This is a fascinating conversation, I must say. Obviously, I am not an economist. I have a long family tradition of buy high, sell low. It is probably a good thing that I am not allowed to invest directly in my job.

I want to make a couple quick comments. I will come back to where I started. Again, it is about balance. Much wiser people would say that real learning rarely comes from success; it comes from failure, but not devastating failure. Therefore, we have the basic concepts: What are the public goods? What is the level playing field? It is an important conversation about where that is and how you do it.

It is really good for me to hear conversations again about guaranteed annual income, what it would mean and do. That is an important debate to which I cannot contribute much other than to note the importance of the debate.

We are making some small progress on early child development. We are learning more, but again, there is small progress. We are far from being there. Issues exist and others have articulated them better than I can.

What I was trying to get at earlier is that it is not the action or the decisions about where you put your money, it is the thinking that has to be comprehensive in understanding the dimensions of poverty or the determinants and how they interrelate. If we think of them in isolation, and we have seen in this social policy, we risk

M. Wright représente un point de départ intéressant. Si nous ne nous attaquons pas au moins à ce qui est à notre portée, le plus directement possible, nous allons nous retrouver autour d'une table semblable, dans dix ans, à nous demander ce qu'il faut faire de l'incidence de la pauvreté sur la santé publique.

Je dis à mon ami, M. Dodge, soyons clairs : certains ont fait valoir qu'il faut disposer de la liberté d'échouer. Vous avez accompli des choses merveilleuses pour la banque; j'espère seulement que la banque ne vous a pas contaminé.

En 1946, à une réunion de son parti, Winston Churchill a affirmé qu'il s'opposait à toute limite quant à ce que les gens pouvaient réaliser, mais qu'il doit y avoir un point sous lequel on ne saurait laisser personne tomber. C'est le terrible fasciste de gauche, Winston Churchill, qui a dit cela; et Disraeli a dit la même chose. Même Richard Nixon, Tommy Douglas et cet autre gauchiste radical, Bob Stanfield, ont laissé entendre que la liberté d'échouer doit comporter une certaine limite, étant donné le coût que nous assumons tous lorsque les échecs sont trop intenses, même sur une courte période, lorsqu'ils détruisent trop nos valeurs en tant que société et en tant que famille canadienne. C'est le seul point que je fais valoir. Je ne laisse pas entendre qu'il faudrait le substituer aux enseignements à tirer du rapport du juge Archie Campbell, président de la Commission d'enquête sur les événements liés au SRAS, et tout ce que nous avons à investir. Cependant, j'affirme que ça pourrait servir de point de départ. Ce n'est pas plus complet ou exclusif que cela.

Dr Butler-Jones : Je dois dire que c'est une conversation fascinante. Évidemment, je ne suis pas économiste. Nous avons toujours été nuls en finances dans ma famille. Il est probablement bien qu'on ne me permette pas d'investir directement dans mon travail.

Je veux formuler rapidement quelques observations. Je reviendrai à mon point de départ. Encore une fois, c'est l'équilibre qui compte. Un vrai sage dirait probablement qu'il n'y a que l'échec pour bien apprendre; l'enseignement vient de l'échec, mais non pas de l'échec qui tue. Nous avons donc là les concepts de base : quels sont les biens publics? Et l'égalité des chances? C'est une conversation importante qui vise à savoir : qu'est-ce qu'il en est et qu'est-ce qu'il faut faire?

Je trouve cela vraiment bien d'entendre encore une fois des conversations sur le revenu annuel garanti, sur sa signification et son effet. C'est un débat important auquel je ne saurais contribuer sauf pour souligner que c'est un débat important.

Nous progressons modestement sur le front du développement de la petite enfance. Nous en apprenons sur le phénomène, mais, encore une fois, les progrès sont modestes. Nous sommes loin du but. Il y a des problèmes, que d'autres ont décrits mieux que je suis en mesure de le faire.

Ce que je voulais dire plus tôt, c'est que ce n'est pas la mesure ou le secteur où on décide d'investir qui compte, c'est la réflexion, qui doit être globale et permettre de saisir les dimensions que comporte la pauvreté ou les déterminants et les relations que ceux-ci ont entre eux. Si nous les isolons les uns des autres, et cela

doing more harm than good in terms of the incentives, motivation or people's sense of control over their own lives.

We have also seen this in public health when you think about chronic disease prevention. It is the eternal debate about whether we do large population approaches or specific high-risk population approaches; neither of which does it alone. The debate is around the balance that will provide the best outcome in terms of health and the smallest gap between them. For instance, people at any age, male or female, who are well connected with family and friends, have one-half the risk of dying than those who are poorly connected independent of income and everything else. If we are not allowing people to be engaged or encourage engagement in civil society, then we will miss it. There are political and policy dimensions around how much we do. My only appeal is that whatever actions we take should be in the context of thinking about how it all fits together.

Senator Eggleton: I like Mr. Dodge's thoughts about the first priorities. The first priority is getting the public health issues together and dealing with early childhood development.

When we talk about early childhood development, we need to shift more of the focus towards early learning or education. The public thinks it is primarily a responsibility of parents when we talk about child care. However, education is part of one's rights in society and it relates to the development of society overall. We need to focus more on early education. Yes, parenting is important, but so are the other elements that go into it in terms of early childhood educators.

I also want to address Senator Segal's intervention. First, I have an open mind on it. Obviously, it has appeal to it. Those of us dealing with the poverty issue at the Senate are grappling with different ways to deal with it, and Senator Segal's is one solution. It has been around for a while. Senator David Croll first mentioned it in his Senate report back in 1971. Senator Cohen and others subsequently have also touched on negative income tax.

The only way this would work is if it were done in concert with the provinces in terms of addressing the total picture. There is the question of affordable housing. There is the question of early childhood development. There are so many other aspects and elements that are part and parcel of it. Income support alone is not enough. There has to be this broader picture. I would like to see how this will all fit together.

s'est déjà fait dans le domaine de la politique sociale, nous risquons de nuire plus qu'autre chose en ce qui concerne les mesures incitatives, la motivation, d'impression qu'ont les gens d'avoir une certaine emprise sur leur propre vie.

Cela s'est vu aussi dans le domaine de la santé publique. Il suffit de penser à la prévention des maladies chroniques. C'est le débat éternel : faut-il adopter une approche générale de la population ou cibler des segments particuliers qui sont à risque élevé? Ni l'une ni l'autre des solutions ne permet de régler le problème en entier. Le débat vise à savoir l'équilibre qu'il faut retenir pour aboutir au meilleur résultat possible du point de vue de la santé et au plus mince écart possible entre les groupes. Par exemple, les personnes qui disposent d'un bon réseau d'amis et de parents, tous âges et sexes confondus, présentent un risque de mortalité qui est la moitié de celui de ceux qui ne peuvent compter sur un tel réseau, indépendamment du revenu et de tout le reste. Si nous ne permettons pas aux gens de s'engager dans la société civile, si nous ne les encourageons pas à le faire, nous allons manquer notre coup. De par leur ampleur, les mesures que nous adoptons relèvent de la politique et des politiques gouvernementales. J'inviterais seulement les gens à envisager les mesures qu'ils examineront, quelles qu'elles soient, dans le contexte d'une réflexion qui met ensemble tous les éléments du puzzle.

Le sénateur Eggleton : J'apprécie les réflexions livrées par M. Dodge à propos des premiers éléments de l'ordre de priorité. Le premier élément, c'est de faire le lien entre les questions liées à la santé publique et de s'attaquer au développement de la petite enfance.

S'il est question de développement de la petite enfance, je dirais que nous devons privilégier davantage l'apprentissage à cet âge. À ce sujet, le public croit que la responsabilité est principalement celle des parents. Toutefois, l'éducation fait partie des droits qui reviennent aux gens dans la société et se rapporte au développement de la société dans son ensemble. Nous devons privilégier davantage l'apprentissage des jeunes enfants. Oui, le travail des parents est important, mais les autres éléments de l'équation comme le travail des éducateurs à la petite enfance le sont aussi.

Je voulais parler aussi de l'intervention du sénateur Segal. Premièrement, je garde l'esprit ouvert à ce sujet. Évidemment c'est attrayant. Ceux parmi nous qui étudient la question de la pauvreté au Sénat se débattent avec les différentes façons de procéder, et la solution proposée par le sénateur Segal en est une. C'est une solution qui est proposée depuis un certain moment déjà. Le sénateur David Croll l'a mentionnée pour la première fois dans son rapport au Sénat en 1971. Le sénateur Cohen et d'autres encore ont traité de la question de l'impôt négatif par la suite.

Cela fonctionnerait uniquement si la mesure est appliquée de concert avec les provinces en tenant compte d'une vision globale des choses. Il y a la question de l'abordabilité des logements. Il y a la question du développement de la petite enfance. Il y a tant d'autres aspects et éléments qui font partie intégrante du problème. À lui seul, le soutien du revenu ne suffit pas à la tâche. Il faut qu'il y ait cette vision d'ensemble. J'aimerais voir comment tous ces morceaux s'imbriquent.

I will get a little political here for a minute, because I have a concern. Senator Segal says, well, Monte Solberg is interested in doing some work and study on this issue. I think that is good. I would be more interested in knowing what the guy in the front office thinks about this because, ultimately, we hear that is where all decisions are made. However, this current government has more focus on the particulars of the constitutional division vis-à-vis the federal government and the provinces. It has the philosophy of less government is better government. Therefore, I wonder in all of that how much attention will be paid to pulling all these pieces together since many of these pieces are and would continue to fall in provincial jurisdiction.

If a negative income tax is implemented, it has to be looked at as a whole package. How much interest would there be in that given the government's direction? At the end of the day, would this be a method of simply washing its hands of the whole thing? Put in the negative income tax; that is income support; we will do that; we are federal. Now go away, provinces, you do your own thing. I know you do not think that and I would hope that would not be the case. However, anything you could say to overcome that political suspicion I have would be helpful.

Mr. Reading: The issue of public health is extremely important. I think Dr. Butler-Jones talked about correlation and causation. When we model health and wealth, we come up with a linear pattern, but that distribution is not perfect. There are points above the line of identity and points below the line. That means some communities at an equal level of wealth are more resilient than others. Income alone is not the only answer.

Issues around culture and community readiness are connected to this concept of resiliency. That focus is something where we look at promising practices. We look at community development projects that have achieved a level of success and how we model that in the context of improving income.

When we talk about fixed income in the context of Aboriginal and Northern communities, we have to ask ourselves what the cost is of an essential basket of health determinants in these circumstances that are different from our own. We could look at the cost of adequate food, water, housing and education and apply a certain amount of money to that. However, we know the cost and availability of this basket of essential services varies a great deal across the country. We have to look at a means test in filling that basket with what we consider to be the essential things that would optimize the developmental trajectories of children as they progress through the life course.

Data presented from CIHI showed an 11 year gap comparing the life expectancy for men between Nunavut and British Columbia. That means children will have a life expectancy of 11 years less than other Canadian children will if they happen to

Je vais donner un peu dans la politique pour un moment, car j'ai une préoccupation à soulever. Le sénateur Segal dit : Eh bien, Monte Solberg voudrait étudier cette question. Cela me paraît bien. J'aimerais savoir avant tout ce que le grand patron pense de cette histoire-là, car, au bout du compte, nous entendons dire que c'est là que toutes les décisions se prennent. Cependant, le gouvernement en place se concentre davantage sur les aspects particuliers du partage constitutionnel des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces. Son idée, c'est qu'il faut moins recourir à l'État pour mieux gouverner. Je me demande donc, face à tout cela, quelle attention sera accordée à l'idée de rassembler tous les morceaux du puzzle, étant donné que bon nombre des morceaux en question relèvent et relèveraient toujours de la compétence provinciale.

Si un impôt négatif est instauré, il faut le voir dans un ensemble. Quel intérêt y serait accordé, étant donné l'orientation du gouvernement en place? Au bout du compte, serait-ce une façon pour lui de simplement s'en laver les mains? Instaurez donc l'impôt négatif; c'est un soutien du revenu; nous allons adopter cette mesure; nous formons le gouvernement fédéral. Maintenant, allez-vous-en, provinces, faites ce que vous avez à faire. Je sais, vous ne pensez pas cela; j'espère que ce ne serait pas le cas. Tout de même, tout ce que vous pouvez dire pour vaincre ma méfiance politique serait utile.

M. Reading : La question de la santé publique est extrêmement importante. Je crois que le Dr Butler-Jones a parlé de corrélation et de causalité. La modélisation de la santé et de la richesse fait voir une courbe linéaire, mais la distribution n'est pas parfaite. Il y a des points au-dessus de la ligne d'identité et des points sous la même ligne. Cela veut dire que certaines collectivités, dont la richesse est par ailleurs égale, résistent mieux que d'autres. Le critère du revenu à lui seul n'explique pas tout.

Les questions liées à la culture et à la capacité de la collectivité sont liées à ce concept de résilience. Ce sont les pratiques prometteuses qui retiennent notre attention. Nous regardons les projets de développement communautaire qui ont atteint un certain degré de succès et voyons comment nous pouvons modéliser le phénomène dans le contexte d'une amélioration du revenu.

S'il est question d'un revenu fixe pour les collectivités autochtones et du Nord, nous devons nous demander ce que coûterait un ensemble de déterminants essentiels de la santé dans une situation qui est différente de la nôtre. Nous pourrions déterminer ce qu'il en coûte pour une nourriture, une eau, un logement et un enseignement adéquats, et affecter une certaine somme d'argent à cela. Cependant, nous savons que le coût et la disponibilité de cet ensemble de services essentiels varient grandement d'un endroit à l'autre au pays. Il nous faut envisager un critère du revenu à cet égard, compte tenu de ce que nous tenons pour essentiel et qui optimiserait le développement des enfants pendant leur vie.

Les données présentées par l'ICIS font voir une différence de 11 ans entre l'espérance de vie des hommes au Nunavut et celle des hommes en Colombie-Britannique. Cela veut dire que les enfants ont une espérance de vie inférieure de 11 ans à celle des

be born in the part of Canada called Nunavut. That is less than what male children in Turkey can expect which is a middle income country. That is a severe problem for Canada. I would say it is connected to double jeopardy. It is connected to the fact that these communities have to pay more for what I call this basket of essential health determinants and they have fewer resources to pay for them. It is not as simple as applying a national minimum requirement saying we will take everyone out of poverty. There are community circumstances that are different and the cost of creating a level playing field will be different. That holds true for other circumstances as well.

Ms. Yalnizyan: There is a reason to row in the same direction where so many committees and various governments are going. I echo what Mr. Dodge has said. It is easier to talk about what is happening to kids than almost any other group. You could affect a huge swath of Canadians. Forty-seven per cent of Canadians live in households raising children under the age of 18.

If you want to do a negative income tax, the Canada Child Tax Benefit is there. It is in place. It brings lots of people forward. You do not need to reinvent the wheel. You need to augment the wheel. However, as we said over and over again, income supports are not enough to deal with either poverty or with the determinants of health. There is a committee chaired by Senator Eggleton that talks about the critical nature of housing. This is something the federal government played in between 1948 and 1993. It is time to get the feds back into the game.

We keep bringing immigrants into this country to deal with the critical labour shortages. They come to the largest cities where there are already housing shortages. There is no way those municipalities and provinces can deal with those pressures without some federal vision connecting the need to bring people into the country and where they will live when they come here to help us with our labour shortages.

There is a large federal role in housing, early childhood develop, income support. However, I do not think you can parse it out and say this is the magic bullet.

The Chair: The clock tells us we have to suspend for lunch. I want to thank everyone for the very candid conversation this morning. It has been extremely helpful. We have gleaned a great deal already and we are looking forward to this afternoon.

autres enfants canadiens, s'ils se trouvent à naître dans la partie du Canada qui s'appelle Nunavut. C'est inférieur à ce à quoi peut s'attendre un garçon turc, dans un pays à revenu intermédiaire. C'est un grave problème pour le Canada. Je dirais que c'est lié à une sorte de double péril. C'est lié au fait que les collectivités en question doivent payer davantage pour cet ensemble de déterminants essentiels de la santé dont j'ai parlé tout en ayant moins de ressources pour se les procurer. Il ne suffirait pas de dire que nous allons appliquer une exigence minimale nationale pour que plus personne n'ait à vivre dans la pauvreté. Il y a des collectivités dont la situation n'est pas la même et où le coût pour égaliser les chances ne serait pas le même non plus. Cela vaut pour d'autres situations aussi.

Mme Yalnizyan : Il y a une raison de se lancer dans la même direction qu'un si grand nombre de comités et d'administrations diverses. Je me ferai l'écho de ce que M. Dodge a dit. Il est plus facile de parler de la vie des enfants que de la vie de n'importe quel autre groupe ou presque. Vous touchez tout un ensemble de Canadiens. Quarante-sept pour cent des Canadiens vivent dans un ménage où il y a des enfants de moins de 18 ans.

Si vous souhaitez implanter un impôt négatif, la Prestation nationale pour enfants du Canada est là. Elle est en place. Elle fait avancer bien du monde. Vous n'avez pas à réinventer la roue. Vous n'avez qu'à faire grossir la roue. Tout de même, comme nous l'avons dit maintes et maintes fois, le soutien du revenu ne suffit pas à enrayer la pauvreté ou à infléchir les déterminants de la santé dans le bon sens. Le sénateur Eggleton préside les travaux d'un comité qui se penche sur la nature capitale du logement. C'est un domaine où le gouvernement fédéral a joué un rôle entre 1948 et 1993. Le moment est venu pour l'administration fédérale d'entrer dans la danse à nouveau.

Nous ne cessons de faire venir des immigrants au pays pour composer avec les graves pénuries de main-d'œuvre que nous connaissons. Ils s'installent dans les grandes villes, là où il y a déjà une pénurie de logements. Les municipalités et les provinces n'ont aucune façon de composer avec les pressions que cela donne, en l'absence d'une quelconque vision fédérale qui fait le lien entre le besoin de faire venir des gens au pays et le lieu où ils vont s'installer une fois arrivés pour combler nos pénuries de main-d'œuvre.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans le dossier du logement, le dossier du développement des jeunes enfants, le dossier du soutien du revenu. Tout de même, je ne crois pas qu'on puisse affirmer que c'est là la panacée à la suite de quelques savantes analyses.

Le président : L'horloge nous fait voir qu'il est temps de suspendre les travaux pour le repas du midi. Je tiens à remercier tout le monde de la conversation très franche que nous avons eue ce matin. Cela a été extrêmement utile. Nous avons glané quantité d'informations déjà, et nous avons hâte de reprendre cet après-midi.

The committee resumed.

The Chair: Honourable senators, guests, ladies and gentlemen, we will begin the afternoon session now. I hope it is as interesting, productive and animated as this morning was, because we are focused on some of the issues we need to address.

Again, I turn it over to Mr. Lewis.

Mr. Lewis: Thank you, senator.

This afternoon we hone in on, in a sense, the broader small and the political agenda for a disparities reduction initiative. How do we galvanize more support for this initiative? We have not talked much about the roles of sectors other than government sectors, but there is obviously a non-governmental sector, a private sector, and citizens to engage with this issue.

Hence, we asked for two presentations from people who have lived in different sectors and who have taken a long, hard look at some of these issues. We hope they will enlighten us as to how some of these cross-sectoral partnerships might be built.

We will start with the Honourable Monique Bégin, and then move on to Senator Art Eggleton.

Hon. Monique Bégin, P.C., Commissioner, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health: I learned late yesterday that Ms. Yeates would use that beautiful Powerpoint presentation, which I could not emulate because I was attending meetings and then a conference at night. Before midnight, I quickly wrote down some points, more for myself, and I have already changed some of them in my head. Of course, it is pretty dirty to ask a Liberal to speak about the politics of today. I will do my best in terms of eternal truths about politics.

I will start with how social change occurs. For decades, I have been interested in that issue. It is now known that social change occurs both from the bottom up and from the top down, and it usually starts at the grassroots level. Cause X, Y, or Z finds at one point a champion at a high political level. That is the history of social change; for instance, the civil rights movement in the United States. It is documented in the past and in the present all over the world, as a general rule. Of course, someone will come up with an exception, but that is the general rule.

The demand from the grassroots or civil society — whatever name we want to use — for addressing the social determinants of health, in my perception — which is that of a learned citizen but not of someone from within politics, government, or any decision-making body — is not visible in Canada these days. The demand may exist, but it is fragmented and, in my opinion, unidentifiable for the political order at this point in time.

Le comité reprend ses travaux.

Le président : Honorables sénateurs, chers invités, mesdames et messieurs, nous allons entamer dès maintenant la séance de l'après-midi. J'espère que ce sera aussi intéressant, aussi productif et aussi animé que ce matin. Nous sommes concentrés sur certaines des questions qu'il faut régler.

Encore une fois, je cède la parole à M. Lewis.

M. Lewis : Merci, sénateur.

Cet après-midi, nous allons nous concentrer, d'une certaine façon, sur le tableau d'ensemble et le programme d'action politique associé à une initiative de réduction des disparités. Comment mobiliser davantage le soutien en faveur de cette initiative? Nous n'avons pas beaucoup parlé du rôle de secteurs autres que celui des gouvernements, mais il y a évidemment le secteur non gouvernemental, le secteur privé, et les citoyens qui peuvent aborder la question.

Nous avons donc demandé à deux personnes qui ont évolué dans des secteurs différents et qui ont réfléchi longuement et sérieusement à certaines des questions en jeu de nous présenter un exposé. L'espoir, c'est que cela nous éclairera quant à la manière dont les partenariats intersectoriels dont il est question pourraient être édifiés.

Nous allons commencer par écouter L'honorable Monique Bégin, puis nous céderons la parole au sénateur Art Eggleton.

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : J'ai appris tard, hier, que Mme Yeates allait utiliser la belle présentation PowerPoint que nous avons vue, que je ne pouvais émuler parce que j'ai assisté à des réunions puis à une conférence, en soirée. Avant minuit, j'ai jeté rapidement sur papier quelques points à souligner, pour moi-même, essentiellement, et j'en ai déjà modifié quelques-uns dans ma tête. Bien sûr, demander à une libérale de se prononcer sur la politique d'aujourd'hui, c'est assez bas. Je vais faire de mon mieux pour énoncer quelques vérités éternelles à propos de la politique.

Je vais parler d'abord de la façon dont le changement social s'effectue. Depuis des décennies, je m'intéresse à cette question. Je sais maintenant que le changement social peut emprunter la voie ascendante aussi bien que la voie descendante et que, habituellement, il commence à la base. À un moment donné, la cause X, Y ou Z trouve un haut placé pour la défendre. Voilà l'histoire du changement social; c'est le cas par exemple du mouvement des droits civils aux États-Unis. Le phénomène a été attesté dans le passé et il l'est encore aujourd'hui partout dans le monde, en règle générale. Bien entendu, quelqu'un peut trouver une exception à la règle, mais c'est tout de même la règle générale.

L'exigence provenant de la base ou de la société civile utilise le terme que vous voulez — en faveur de mesures touchant les déterminants sociaux de la santé, selon moi — c'est-à-dire selon un citoyen instruit qui n'évolue toutefois pas dans le monde politique ou gouvernemental, ou dans quelque organe décisionnel n'est pas évident au Canada en ce moment. L'exigence existe peut-être, mais elle est fragmentée et, à mon avis, impossible à cerner pour le pouvoir politique en ce moment.

However, there is a long-standing tradition in Canada of demanding what amounts to policy along the lines of social determinants of health, but the sector does not call it social determinants of health and does not feel comfortable at all with that labelling.

I did not discover that by myself. It is thanks to the leadership of the Canadian Reference Group set up by the Public Health Agency that we consulted some civil society NGO groups, and that message came out loud and clear.

Most civil society NGOs in the field of social justice, social planning, and all social advocacy — anti-poverty, status of women, public housing and I could name many more — which are all pieces of social determinants of health, have recently seen their federal grant contribution or assistance reduced or cancelled. Lack of funding limits enormously their capacity and it even prevents them from any networking or joining of efforts vis-à-vis a certain initiative.

Moving on to social determinants of health, we cannot avoid stating that it is value based and value-laden. It is not obvious that the usual themes of social justice or equity would trigger any governmental action.

A business case for the social determinants of health has not yet been developed in Canada. Canada is not the only one that has that problem. Our international World Health Organization, WHO, commission is also struggling with that problem. We do not have a business case to prove that if we invest in a certain area, we save in another area.

However, we have common sense and we have fragmented evidence. For example, Diana MacKay may share with us statistics she quoted yesterday of the cost of absenteeism vis-à-vis the economy and the health care system.

The business case has not yet been developed, and it is essential and urgent. I am stealing words from Senator Keon. Generally, we over-invest in the high-tech medical health care system, which is not sustainable the way it is, and that is the problem of every province and every actor.

The last observation on social change is that it is, by nature, long term rather than short term; and governments are, by nature, the exact opposite.

The federal government has a direct responsibility and mandate for Aboriginals' health and general well-being, both on reserve and in urban Canada. The government has a shared responsibility for housing and, in particular, public or social housing. The government implements income redistribution,

Cependant, exiger ce qui revient à une politique fondée plus ou moins sur les déterminants sociaux de la santé est une tradition de longue date au Canada, mais le secteur ne parle pas de déterminants sociaux de la santé et n'est pas du tout à l'aise avec cette façon d'étiqueter le phénomène.

Je n'ai pas fait cette découverte par moi-même. C'est grâce aux directives du Groupe de référence canadien mis sur pied par l'Agence de la santé publique que nous avons consulté certains groupes d'ONG membres de la société civile. Ce message-là en est ressorti sans aucune équivoque.

La plupart des ONG membres de la société civile dans le domaine de la justice sociale, de la planification sociale et de l'ensemble des actions sociales — lutte contre la pauvreté, promotion de la cause des femmes, promotion du logement social et je pourrais en nommer bien d'autres encore, qui sont autant d'éléments des déterminants sociaux de la santé — ont récemment vu être réduite sinon carrément éliminée leur aide ou subvention fédérale. Le manque de financement limite énormément leur capacité et les empêche même de travailler en réseau ou de se joindre à d'autres organismes en rapport avec une certaine initiative.

Pour parler des déterminants sociaux de la santé, disons que nous ne pouvons manquer d'affirmer que l'idée est fondée sur des valeurs. Elle est tout à fait empreinte de valeurs. Il n'est pas évident de conclure que les thèmes habituels de la justice sociale ou de l'équité pousseraient le gouvernement à agir de quelque façon.

Nous n'avons pas encore mis au point un argumentaire en faveur des déterminants sociaux de la santé au Canada. Le Canada n'est pas le seul pays à avoir ce problème-là. Notre commission à l'Organisation internationale de la santé, l'OMS, se débat avec le même problème. Nous n'avons pas l'argumentaire nécessaire pour prouver que, dans la mesure où nous investissons dans un dossier, nous économisons dans un autre.

Cependant, nous sommes dotés de sens commun et nous avons des éléments de preuve fragmentés. Par exemple, Diana MacKay peut nous signaler les statistiques qu'elle a citées hier quant au coût de l'absentéisme dans l'économie et au réseau de la santé.

L'argumentaire n'a pas encore été mis au point; or, il est essentiel et urgent de le faire. Je vole la phrase du sénateur Keon. En règle générale, nous investissons trop dans le réseau technicomédical de pointe, qui n'est pas durable comme il est, et c'est là le problème de toutes les provinces et de tous les intervenants.

La dernière observation que je vais formuler sur le sujet est la suivante : le changement social, de par sa nature même, se situe dans une perspective à long terme plutôt qu'à court terme; or, étant donné la nature des gouvernements, c'est tout à fait l'inverse.

Le gouvernement fédéral a la responsabilité directe de la santé et du bien-être général des Autochtones, dans les réserves et en milieu urbain au pays, et il est mandaté pour agir en ce sens. Le gouvernement a une responsabilité partagée en ce qui concerne le logement et, en particulier, le logement social. Par le truchement

regressive or positive — and it has been regressive for years — to individuals through the income tax system. For the last few years, it has benefitted from financial surpluses, and will benefit from surpluses in the coming years, even if they are at lower levels. The federal government delivers entrenched and ad hoc transfer payments to provinces and has a constitutional responsibility of equalization throughout the regions of Canada.

Of course, the federal government will dodge the issue — I do not point to any individual, but it is human nature — on the grounds that health is a provincial matter. It is too easy to do that when we speak of social determinants of health. However, the government should be held accountable for its various federal responsibilities.

The provinces are probably the most important actors. I think if one province begins to focus on the social determinants of health, it would have a snowball effect.

I was interested to hear Ms. Yalnizyan's comments earlier, when she gave us a concrete example from which she concludes that the landscape may be changing. She referred to the Ontario special mandate that Minister Deb Matthews has to fight poverty. I do not know any more about that mandate. It is still in its infancy. The question remains as to how some provinces become involved, from what basis and for what reason.

It seems to me that the municipal and regional levels of government can play a critical positive, although limited, role. At least, I see that at first glance. I started thinking about that role when a colleague on the commission told me about the healthy city programs, which we no longer speak of in Canada but which are alive and well in parts of Europe.

My neighbour has been in charge of the biggest city of the country and may want to comment on what is feasible in regard to housing, urban planning, urban transport, and parks and recreation.

Cities deliver social services in some parts of the country. They can move on their own on many issues with minimum interference of politics at other levels of government. I think there is a space where they can do things and they do not need to wait for their peers to be ready. One city here and one city there can do things on their own that are positive.

The fourth report by this subcommittee offers operational mechanisms or tools for working on social determinants of health at the federal level. Some of these mechanisms have been tried and have failed for whatever reason, for example, national health goals. In my judgment, this mechanism is a failure, as is the Kelowna Accord, which Mr. Reading mentioned this morning.

du régime fiscal, le gouvernement impose aux particuliers une certaine redistribution des revenus, que ce soit de manière régressive ou positive — et c'est régressif depuis des années. Depuis quelques années, il accumule les excédents et il le fera pour les années à venir, même si ce sera des sommes moins importantes. Le gouvernement fédéral effectue des paiements de transfert officiels et ad hoc vers les provinces et est responsable constitutionnellement de la péréquation au profit de l'ensemble des régions du Canada.

Bien entendu, le gouvernement fédéral esquivera la question je ne montre personne en particulier du doigt, mais c'est là la nature humaine — en prétextant que la santé est une responsabilité provinciale. Il est trop facile d'affirmer cela là où il est question des déterminants sociaux de la santé. Cependant, le gouvernement devrait être obligé de rendre des comptes au sujet des diverses responsabilités fédérales qui lui reviennent.

Les provinces sont probablement les intervenants les plus importants. À mon avis, si une seule province commence à se concentrer sur les déterminants sociaux de la santé, cela ferait boule de neige.

Mme Yalnizyan a piqué mon intérêt plus tôt lorsqu'elle nous a donné un exemple concret à partir duquel elle conclut que le paysage est peut-être en train de changer. Elle a parlé du mandat spécial qui est accordé à la ministre Deb Matthews en Ontario pour la lutte contre la pauvreté. Je n'en sais pas plus sur le mandat en question. Le projet en est encore à ses premiers balbutiements. Il reste à savoir dans quelle mesure certaines provinces voudront s'engager là-dedans, en se fondant sur quoi et pour quelle raison.

Il me semble que les administrations municipales et régionales peuvent jouer un rôle positif et capital, quoique limité. Tout au moins, c'est ce que je vois à première vue. J'ai commencé à réfléchir à ce rôle-là lorsqu'un collègue membre de la commission m'a parlé des programmes des villes-santé, dont nous ne parlons plus au Canada, mais qui fonctionnent toujours très bien dans certains coins en Europe.

Mon voisin s'occupe de la plus grande ville du pays depuis un certain temps, et voudra peut-être parler de ce qui est faisable en ce qui concerne le logement, l'urbanisme, le transport en milieu urbain, les parcs et les loisirs.

Les villes fournissent les services sociaux dans certaines régions du pays. Elles peuvent agir en rapport avec de nombreuses questions moyennant une ingérence politique minimale de la part des autres ordres de gouvernement. Je crois qu'elles disposent d'une marge de manœuvre et qu'elles n'ont pas à attendre que leurs pairs soient prêts. Une ville par ici, une ville par là peuvent agir de manière positive de leur côté.

Le quatrième rapport de votre sous-comité propose des mécanismes opérationnels ou des outils de travail en rapport avec les déterminants sociaux de la santé à l'échelon fédéral. Certains des mécanismes en question ont été mis à l'essai, ce qui a donné un échec, pour une raison ou une autre. C'est le cas par exemple des objectifs nationaux en matière de santé. À mon avis, ce mécanisme-là est un échec, tout comme l'Accord de Kelowna, que M. Reading a mentionné ce matin.

In my political opinion, these mechanisms will not be revived easily. When the opportunity has been wasted, and investment of heart, intelligence, time and energy has been wasted, people will not be ready tomorrow morning to start again. I flag that situation.

Other such mechanisms have not yielded obvious or concrete results. Here I want to say a word about the famous federal-provincial-territorial layers of committees. I no longer practice that approach. I never did, in fact.

From the outside, that mechanism would be the ideal one because it would involve all the key players — the feds, the provinces and the territories — but from the outside, it looks as though there are millions of subcommittees of subcommittees of committees, and it looks a bit paralyzed. I do not know how that mechanism can be reformed to deliver. I do not know that, but it is worth some work by experts on what the conditions for success should be because it remains the ideal mechanism, as far as I am concerned.

One mechanism that the report does not list at all is that of every department having a research and planning branch. The research capacity of the federal government, from which I benefited enormously when I was there, no longer exists. It has not been there for many years, and there is no institutional memory in many fields. Consultants who are paid good money phone people for their views, free of charge, of course. I am always in meetings. I have so many meetings I can never return the phone calls. It is all fragmented. The people they call do not have a responsibility except to give their opinion. They do not belong to an entity, so it is worth studying whether that research and planning capacity should be reinstated, under one form or another, in the federal government.

That notion takes me to the intersectoral mechanism, or, as some call it, "whole of government," that is needed to undertake social determinants of health.

If I can share international observations we made at the WHO commission, it takes not only a nice network of deputy ministers — like the one that exists now, and I do not criticize it; it is probably good to exchange ideas and whatnot — but a full-fledged cabinet committee that is intersectoral on social determinants of health with whatever number of departments it takes, chaired by a powerful minister. In country after country, we were told that it should be chaired preferably by the president or the prime minister, or the deputy prime minister or the minister of finance. In the case of Sri Lanka, the Minister of Health is number two in personal power of that country and close to the prime minister. With that exception, such a cabinet committee should not be chaired by the minister of health. In Canada, the rule applies particularly at the provincial level. In my time, it applied federally as well.

Si vous voulez mon point de vue politique sur la chose, ces mécanismes-là ne seront pas facilement ressuscités. Là où une occasion a été gaspillée et que l'investissement — l'élan du cœur, l'intelligence, le temps et l'énergie — s'est fait en vain, les gens ne seront pas prêts à reprendre le flambeau dès le lendemain matin. Je vous signale la situation.

D'autres mécanismes du genre n'ont pas débouché sur des résultats évidents ou concrets. Je voudrais maintenant toucher un mot au sujet du fameux foisonnement des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux. Je ne recours plus à cette approche-là. En réalité, je ne l'ai jamais fait.

De l'extérieur, je dirais qu'il s'agit là du mécanisme idéal parce qu'il fait appel à tous les intervenants clés — le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires —, mais, à l'extérieur, on a l'impression qu'il y a des millions de sous-comités de sous-comités de comités et ça semble être plus ou moins paralysé. Je ne sais pas comment on procéderait pour réformer le mécanisme. Je ne le sais pas, mais il vaudrait la peine que des experts se penchent sur les conditions à mettre en place pour que ça réussisse, étant donné qu'il s'agit du mécanisme idéal, selon moi.

Il y a un mécanisme dont le rapport ne fait pas état : c'est le fait que tous les ministères disposent d'une direction générale de la recherche et de la planification. La capacité de recherche du gouvernement fédéral, dont j'ai profité énormément au moment où j'y étais, n'existe plus. Elle n'existe plus depuis de nombreuses années, et la mémoire institutionnelle fait défaut dans de nombreux domaines. Des experts-conseils grassement rémunérés téléphonent aux gens pour obtenir leurs points de vue, sans frais, bien entendu. Je suis toujours en réunion. Je suis si souvent en réunion que je ne peux jamais retourner mes appels. Tout est fragmenté. Les gens qu'ils appellent n'ont pas de responsabilités sauf quand il s'agit de donner leur avis. Ils n'appartiennent pas à une entité; il faudrait donc la peine d'étudier la question pour savoir s'il serait possible de rétablir cette capacité de recherche et de planification, sous une forme ou une autre, au gouvernement fédéral.

Cela m'amène à parler du mécanisme intersectoriel, que certains appellent également l'approche « pangouvernementale », qui est nécessaire si on veut adopter pour ainsi dire les déterminants sociaux de la santé.

Si vous permettez que je vous fasse part des observations internationales auxquelles j'ai eu droit à la commission de l'OMS, il faut non seulement un joli réseau de sous-ministres — comme celui qui existe en ce moment, et que je ne critique pas, il est probablement bien d'échanger des idées et tout le reste —, mais plutôt un comité du cabinet de plein droit qui est de nature intersectorielle et aborde les déterminants sociaux de la santé, en faisant appel au nombre de ministères qu'il faut, et dont le président est un ministre puissant. Pays après pays, les gens nous ont dit que ce serait de préférence le président ou le premier ministre, sinon le vice-premier ministre ou le ministre des Finances, qui serait à la tête du comité en question. Dans le cas du Sri Lanka, le ministre de la Santé vient au deuxième rang parmi les personnages d'influence au pays et il est proche du premier ministre. A cette exception près, il ne faudrait pas que ce

Ministers of health have the biggest share of the government budget. The natural fear of imperialism, which at times is not only a fear but a reality, and the fact that the minister of health is the voice of the most powerful lobby of any society, in my humble opinion and experience, namely, organized medicine, play against these ministers. I checked my figures last night, and those of you from the Public Health Agency were right. In Canada, the aborted initiative in 1997 followed the national forum on health. One of the problems was that the other departments and the other players were not convinced. Therefore, the minister of health should not chair this cabinet committee.

While the report speaks of mechanisms, it does not touch on the theme to be chosen. The ideal theme is the comprehensive approach. I will use that word in the sense of moving together on everything, an integrated approach.

Maybe it will happen, but I rely on the nature of politics, which is the art of the possible. Canada's culture has most often been a case of small steps, an incremental approach building on existing blocks. That is what might happen but anything can happen.

What I think — I handwrote it for myself this morning — is that my ideal and what I have been fighting for in my international commission is to start with early childhood development, giving a good start in life.

I forgot one thing when I spoke of social change. It was through the Royal Commission on the Status of Women, of which I was the executive secretary way back then, that I discovered the world as well as our society. Social change occurs through many parallel avenues that are not necessarily connected. We do not have the time to connect them and should not even try, and the sum total does the job, if that makes any sense.

In that sense, if I pick one goal, it is childhood education. I do not have any dispute with that goal. My practical problem, which is why I eliminated it from my written notes, is that in Canada today, early childhood development, which includes pre-birth and maternal health, might well be reduced to day care, and that is a no-no because of the current government. I am speaking pure politics and the way I read it. I may be wrong.

I enjoyed the discussion between Senator Segal and Mr. Dodge. Mr. Dodge appeared to be strongly opposed to the Guaranteed Income Supplement at first, almost on principle, favouring instead early childhood development. In fact, as the only means, it seems to me, for the feds to act regarding early childhood development is to increase the child benefit. The real

soit le ministre de la Santé qui préside le comité. Au Canada, la règle s'applique particulièrement à l'échelle provinciale. Dans mon temps, elle s'appliquait à l'échelle fédérale aussi.

Les ministres de la Santé accaparent la plus grande part du budget de l'État. La crainte naturelle que les gens ont de l'impérialisme, qui n'est pas toujours qu'illusion, et le fait que le ministre de la Santé représente le lobby le plus puissant qui soit dans toute société, à mon humble avis et d'après mon expérience, soit la médecine organisée, sont des facteurs qui jouent contre ces ministres. J'ai vérifié les statistiques hier soir : ceux parmi vous qui travaillent à l'Agence de la santé publique aviez raison. Au Canada, le projet avorté de 1997 faisait suite au forum national sur la santé. Un des problèmes qu'il y a eus, c'est que les autres ministères et les autres intervenants n'étaient pas convaincus. Par conséquent, le ministre de la Santé ne devrait pas présider ce comité du cabinet.

Le rapport traite de mécanismes, mais il ne dit rien du thème à choisir. Le thème idéal, c'est l'approche globale. J'utiliserai cette expression-là pour parler d'un mouvement qui fait que tout le monde converge, pour dire que c'est une approche intégrée.

Peut-être que ça se fera, mais je compte sur la nature de la politique, qui demeure l'art du possible, pour en décider. Le plus souvent, par le passé, la mentalité du Canada a été celle des petits pas, d'une approche progressive qui repose sur des éléments existants. C'est ce qui pourrait arriver, mais tout peut arriver.

Ce que je crois — je me suis fait une note manuscrite ce matin —, c'est que mon idéal et ce pourquoi je me bats à ma commission internationale, c'est que l'on insiste d'abord sur le développement de la petite enfance, pour que les gens commencent bien leur vie.

J'ai oublié de dire une chose au moment où je parlais du changement social. C'est par la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, dont j'ai été la secrétaire générale il y a un bon moment de cela, que j'ai découvert le monde ainsi que notre société. Le changement social se produit suivant un grand nombre de voies parallèles qui ne sont pas nécessairement reliées entre elles. Nous n'avons pas le temps de les relier entre elles et nous ne devrions même pas essayer de le faire, et c'est la somme de tout cela qui nous permet d'aboutir aux résultats, si ce que je viens de dire a un sens.

Dans ce sens-là, si j'ai un seul objectif à choisir, c'est l'apprentissage des petits enfants. Je ne remettrais nullement en question cet objectif-là. Mon problème pratique, et c'est pourquoi je l'ai rayé de mes notes manuscrites, c'est que, au Canada, aujourd'hui, la notion de développement de la petite enfance, qui comprend la période préalable à la naissance et la santé maternelle, pourrait bien être assimilée à un travail de garderie, ce qui est à proscrire étant donné le gouvernement en place. J'interprète la donne politique, c'est comme cela que je le vois. J'ai peut-être tort.

J'ai apprécié la discussion qu'il y a eu entre le sénateur Segal et M. Dodge. M. Dodge semblait s'opposer vivement au supplément de revenu garanti au début, presque pour une question de principe, en favorisant plutôt le développement de la petite enfance. De fait, selon moi, la seule façon pour le gouvernement fédéral d'agir en rapport avec le développement de

difference between Senator Segal's and Mr. Dodge's options is about the total cost of expenditures involved in each case. Senator Segal's options ending up in a higher cost than Mr. Dodge's.

I tried to find a politically "neutral" theme, and I thought of housing, meaning public or social housing. A good case can be made for that investment. The lack of investment by many governments of all colours is such that the present stock is in bad shape, let alone that we have not met the new need.

Returning to the conceptual level, when trying to create a demand within public opinion, I have observed that both the notion of "gap" and the notion of "gradients" work. Gradients are much more powerful because they involve 80 per cent of Canadians, not only the top 20 per cent but all below.

Senator Eggleton: Senators have a lot of political will. We do not have a lot of political power, but if we conduct our research thoroughly, come up with good evidence-based recommendations and find public appeal to centre them on, then I think we have some influence. A good example was the mental health report produced by the full Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology under chair Michael Kirby and deputy chair Senator Keon.

That report was adopted by the government. I like that, and I hope that whatever comes out of this study will have that kind of success.

Talking about public appeal reminds me of the discussion we had on early learning and child care. Much more mileage and a lot more resonance with the public is to be gained on the issue of child poverty than on adult poverty, although we all know that children are in poverty because their parents are in poverty. Do not dismiss that, though, because resonating with the public in that way can be valuable in reaching the same end. However, we must deal with evidence-based recommendations, public appeal and all those components.

We have a complication at our committee because we come at some of these same issues in a different way. At this committee, we talked a lot about poverty, which is one of the major social determinants of population health. The Subcommittee on Cities is now studying poverty, housing and homelessness. When we finish this study, by the end of the year, we will go into other segments dealing with issues in cities such as transportation and immigration.

In that respect, the two subcommittees have a lot in common. They have even held joint hearings because much of the evidence is valuable to both.

La petite enfance consiste à majorer la prestation pour enfants. La différence réelle entre l'option du sénateur Segal et celle de M. Dodge réside dans le coût total des dépenses de part et d'autre, l'option du sénateur Segal étant plus chère que celle de M. Dodge.

J'ai essayé de trouver un thème politiquement « neutre ». J'ai pensé au logement, c'est-à-dire au logement social. On peut défendre les mérites d'un investissement à cet égard. Le manque d'investissements de nombreuses administrations, toutes allégeances confondues, est tel que le parc actuel est en mauvais état, alors, les besoins nouveaux, nous n'y avons pas répondu non plus.

Pour revenir à l'élément conceptuel, si on veut essayer de créer une demande du point de vue de l'opinion publique, j'ai remarqué pour ma part que la notion de «*d'écart*» et la notion de «*gradient*» fonctionnent. Le gradient est beaucoup plus puissant parce qu'il s'agit de 80 p. 100 des Canadiens, et non seulement des 20 p. 100 supérieurs, mais tous ceux qui se trouvent en dessous.

Le sénateur Eggleton : Les sénateurs ont beaucoup de volonté politique. Nous n'avons pas beaucoup de pouvoir politique, mais dans la mesure où nous menons nos recherches rigoureusement, concevons de bonnes recommandations, fondées sur les faits, et trouvons la bonne façon d'en appeler au public, je crois que nous avons une certaine influence. Un bon exemple, c'est le rapport sur la santé mentale produit par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des séances et de la technologie sous la présidence de Michael Kirby et la vice-présidence du sénateur Keon.

C'est un rapport qui a été adopté par le gouvernement. J'apprécie ce fait et j'espère que l'aboutissement de votre étude, quel qu'il soit, obtiendra le même genre de succès.

L'idée de s'adresser au public me remet en mémoire la discussion que nous avons eue sur la garde d'enfants et l'apprentissage des jeunes enfants. Bien plus que la question de la pauvreté chez les adultes, la question de la pauvreté chez les enfants a une résonance chez les membres du grand public et emporte son adhésion, même si nous savons tous que les enfants sont pauvres parce que leurs parents sont pauvres. N'allez pas rejeter l'idée, tout de même, car trouver ce qui résonne chez les membres du grand public peut être utile pour arriver à la même fin. Cependant, nous devons nous concentrer sur des recommandations fondées sur les faits, sur l'idée de persuader le public et sur tous les autres éléments nommés.

Les choses se compliquent à notre comité parce que nous abordons les mêmes questions de façons différentes. Au comité, nous parlons beaucoup de la pauvreté, qui représente un des principaux déterminants sociaux de la santé de la population. Le sous-comité des villes se penche actuellement sur la pauvreté, le logement et l'itinérance. Au moment où nous aurons fini notre étude, d'ici la fin de l'année, nous aborderons d'autres thèmes applicables aux villes, par exemple le transport et l'immigration.

De ce point de vue-là, les deux sous-comités ont beaucoup de choses en commun. Il leur est même arrivé d'organiser des audiences conjointes, dans les cas où les témoignages recueillis étaient précieux pour l'un et l'autre.

In addition, on the recommendation of Senator Segal, the Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry, chaired by Senator Fairbairn, deals with rural poverty. We must find horizontal links between the work of this committee and the agriculture committee on this subject. Let us at least ensure the committees do not conflict. We will have different reports, but hopefully the reports will be part of a broader picture that will help to advance the agenda. I believe we can accomplish that goal.

I wish to talk about political will in the government context. I was President of the Treasury Board in 1993. One of the first people I met was an assistant deputy minister by the name of Mel Cappe. He impressed upon me the need to have horizontal links within government. I thought that was a great idea. With all the stovepipe operations, we need horizontal links. I subsequently learned that trying to implement it is like pushing water uphill.

However, the idea is still worth pursuing because these things all link to each other, whether it be housing, early childhood learning, literacy or whatever. They cross into many different departments, and I believe we need whole-of-government or horizontal approaches.

Ms. Bégin touched on that need, and I agree with her that poverty must be championed from the top. The prime minister does not necessarily need to head up the committee, but the prime minister must make clear to whoever heads up the committee what the prime minister wants and the timetable within which to do it. Ontario now has that kind of cabinet committee, and I think it is a great idea. The premier does not head that committee, but it certainly has the premier's solid support and championship from the top.

That is what happened in the U.K. I think you all know that story with Tony Blair and Gordon Brown. Of course, they do not have provinces to worry about there, so they have a much simpler system to operate. We have three orders of government as well as the communities.

I have been at the local level of government as well, and I fully know that many programs and services relevant to population health will be delivered at that level, as well they should be.

We must recognize that Canada is now an urban country. Over 80 per cent of the people live in our cities and towns. Of course, in population health we must be concerned about 100 per cent, not only 80 per cent, but municipal organizations are the first responders in the government structure, and when over

En outre, sur la recommandation du sénateur Segal, le Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, dont la présidence est assurée par le sénateur Fairbairn, se penche sur la question de la pauvreté en milieu rural. Nous devons trouver des liens horizontaux entre le travail de notre comité et celui du comité de l'agriculture à ce sujet. Essayons tout au moins de nous assurer qu'il n'y a pas d'incompatibilité. Nous produirons des rapports distincts, mais il est à espérer que ceux-ci s'inscriront dans un tableau d'ensemble qui permettra de faire progresser le dossier. Je crois que nous pouvons atteindre ce but-là.

Je veux parler de la volonté politique et du contexte gouvernemental. J'étais présidente du Conseil du Trésor en 1993. Une des premières personnes que j'ai rencontrées, c'est un sous-ministre adjoint du nom de Mel Cappe. Il a fait valoir à mon intention la nécessité de disposer de liens horizontaux au sein de l'administration gouvernementale. J'estimais que c'était une excellente idée. Avec tout le cloisonnement qu'il y a, il faut trouver des liens horizontaux. Par la suite, j'ai appris qu'essayer d'implanter cela, c'est comme essayer d'attraper un coup de vent au lasso.

Tout de même, il valait la peine de travailler à l'idée en question, car tous ces éléments sont reliés entre eux, qu'il s'agisse de logements, d'apprentissage chez les jeunes enfants, d'alphabétisation ou je ne sais pas quoi encore. Ils intéressent de nombreux ministères, et je crois qu'il nous faut instaurer des approches horizontales ou pangouvernementales.

Mme Bégin a parlé brièvement de ce besoin-là, et je suis d'accord avec elle pour dire qu'il faut que ce soit un haut dirigeant qui mène la charge contre la pauvreté. Le premier ministre n'a pas forcément à être à la tête du comité, mais il doit s'assurer d'indiquer clairement à quiconque l'est ce qu'il veut et l'échéancier qu'il fixe. L'Ontario compte maintenant un comité du cabinet de ce genre, et cela me semble être une excellente idée. Le premier ministre ne préside pas le comité en question, mais ce dernier compte certainement sur de solides appuis et une volonté de sonner la charge chez le premier ministre.

C'est ce qui est arrivé au Royaume-Uni. Je crois que vous connaissez tous l'histoire de Tony Blair et de Gordon Brown. Bien entendu, ils n'ont pas à se soucier des provinces là-bas; c'est un système dont le fonctionnement est beaucoup plus simple. Nous avons trois ordres de gouvernement ici aussi bien que les collectivités.

J'ai également été actif à l'échelon municipal, et je sais parfaitement que bon nombre de programmes et de services nécessaires à la santé de la population seront mis en œuvre à cet échelon, comme il convient de le faire d'ailleurs.

Nous devons admettre que le Canada est maintenant un pays urbanisé. Plus de 80 p. 100 de sa population habite en milieu urbain. Bien sûr, quand il est question de santé publique, nous devons nous préoccuper de l'ensemble de la population, et non seulement de 80 p. 100 de celle-ci, mais les municipalités

80 per cent live in cities, municipal government becomes a significant part of dealing with this issue.

Municipal governments also have many great ideas. They have first-hand contact with community organizations and people. The problem is that they do not have the money. There is a great fiscal imbalance in this country. Under the Constitution, municipalities were not given any money. They have been able to obtain some property tax, at least. Of all the tax revenues collected in this country, municipalities receive 8 per cent. If there is a fiscal imbalance in this country, it is not between the federal and provincial governments but between those two levels of government and the local level of government. That situation must be addressed.

I do not want to enter into a constitutional debate, but there must be a change in attitude about where to deliver these programs from.

What are the mechanisms to make that change? I have a suggestion that may not make sense on the national scale, but it may make sense to trial urban development agreements. Vancouver and Winnipeg have these agreements. The agreements bring the three orders of government together to work on precise and discrete projects with goals and timetables. Perhaps this mechanism can be used.

Another example is the national homelessness initiative that brought different orders of government together to talk about the best way of delivering these programs.

Intersectoral arrangements are worth pursuing to provide political will and ongoing monitoring of improvements in these areas that can be helpful.

We must consider whether, overall, we will approach population health, poverty and related subjects with the big bang approach that we heard about from Senator Hugh Segal today or whether we will try something more incremental.

If we proceed step by step, urban development agreements can be a good way of moving the agenda along and gradually accomplishing the same aim as the big bang approach.

Mr. Lewis: Thank you both for those presentations.

We have been speaking a lot about government, but ultimately, as people have said, we need to respond to the public, and the public needs to become engaged with this topic. I include in "the public" the media and other organizations and the private sector.

représentent les premiers intervenants dans la structure gouvernementale, et, lorsque 80 p. 100 de la population vit en milieu urbain, les administrations municipales sont appelées à jouer un rôle important dans la mise en œuvre des programmes et des services.

Les administrations municipales ont également une foule de bonnes idées à proposer. Elles ont un contact direct avec les organismes communautaires et la population. Mais, ce qui leur manque, c'est l'argent. Au Canada, il y a un déséquilibre fiscal considérable. En effet, la Loi constitutionnelle a prévu très peu de sources de financement pour les municipalités. On leur donne au moins le droit de percevoir un impôt foncier. Sauf que les municipalités ne tirent que 8 p. 100 de toutes les recettes fiscales encaissées dans le pays. S'il existe bel et bien un déséquilibre fiscal au Canada, il est non pas entre les gouvernements fédéral et provincial, mais entre ces deux ordres de gouvernement et les administrations municipales. Il faut remédier à cette situation.

Je ne veux pas entrer dans un débat constitutionnel, mais on doit adopter une autre attitude quand vient le temps de déterminer le responsable de la mise en œuvre de ces programmes.

Quels mécanismes pourront occasionner un tel changement? J'ai une proposition dont l'application pourrait sembler insensée à l'échelle nationale, mais qui pourtant paraît logique lorsqu'elle est mise en pratique dans le cadre des Ententes sur le développement urbain. Vancouver et Winnipeg ont signé une telle entente. Ces ententes rassemblent les trois ordres de gouvernement autour de projets précis et distincts assortis d'objectifs et d'échéanciers. On pourrait peut-être se servir d'un mécanisme semblable.

L'Initiative nationale pour les sans-abri est un autre exemple. Elle visait à réunir des représentants des différents ordres de gouvernement pour qu'ils déterminent la meilleure façon d'exécuter ces programmes.

Les ententes intersectorielles méritent d'être prises en considération, car elles permettraient de susciter une volonté politique et d'assurer une surveillance continue des améliorations dans ces domaines qui peuvent se révéler utiles.

Nous devons nous demander si, dans l'ensemble, nous allons régler les questions relatives à la santé de la population et à la pauvreté ainsi que les autres dossiers connexes avec le traitement choc proposé aujourd'hui par le sénateur Hugh Segal ou si nous allons préférer une approche progressive.

Si nous souhaitons procéder par étapes, les Ententes sur le développement urbain peuvent représenter un bon moyen de faire avancer le programme du gouvernement et de réaliser graduellement les mêmes objectifs que ceux que l'on atteindrait grâce au traitement choc.

M. Lewis : Je vous remercie tous deux de vos déclarations.

Nous avons grandement parlé du gouvernement, mais, au bout du compte, comme certaines personnes l'ont dit, nous devons répondre aux attentes du public, et le public doit se mobiliser autour de ce dossier. Quand je dis « le public », je fais également allusion aux médias et aux organisations de même nature ainsi qu'au secteur privé.

If anyone has ideas, suggestions or analyses about how to make the issue of inequality and disparity live more prominently in the minds of the public, that would be helpful.

One is mindful of the medicare analogy. When the head of a Canadian bank or the head of the autoworkers union says that medicare is a great idea because it is an economic advantage to Canada, it resonates with people precisely because they are not seen to be insiders from medicare promoting the system's own perpetuation.

Similarly, if we want this inequalities agenda to become prominent, finding champions who are not advocates from the "natural constituencies," or even public policy-makers who tend to have an interest in these things would be helpful as well.

With that, the floor is open and I look forward to your suggestions.

Mr. Cappe: I was struck by Ms. Bégin's comment about the lack of a business case, and I think she is right, unfortunately. However, I said to Senator Keon before in response to his question of when do we know enough to take action, it strikes me that we face this problem in public policy all the time in every area. If we wait for certainty, we will never act.

In fact, the Parliament of Canada has passed legislation in the context of the environment incorporating the precautionary principle, which basically says there is an obligation to take action even though we do not have all the information we need. I do not think we should wait for the business case to be made in a way the business schools may want it, but I think we need this notion of consensus.

To turn to the question at hand — how we foster political will — I do not know the answer but I do suggest a few elements of it. There is a role for federal leadership. I say federal leadership knowing a number of former provincial officials are here who are ready to beat up on me I am sure, but the feds do not have the power to convene in a curious kind of way. The federal government would have been an instrument to bring people together, but I do not think it is actually there.

One could argue the Council of the Federation, which is nothing more than the annual premier's conference with a new hat, has the power to convene, but I think even the council does not have that power either.

Si quelqu'un a une idée, une proposition ou une analyse concernant la façon de sensibiliser davantage le public sur la question des inégalités et des disparités en santé, elle serait la bienvenue.

Nous sommes tous conscients du parallèle avec le régime d'assurance-maladie. Lorsque le dirigeant d'une banque canadienne ou le président du syndicat des travailleurs de l'automobile affirme que l'assurance-maladie est une excellente idée parce qu'elle représente un avantage économique pour le Canada, ces propos trouvent un écho chez les gens justement parce que ces personnes ne sont pas perçues comme des initiés du régime de l'assurance-maladie qui en font la promotion pour en assurer la survie.

De même, si nous voulons que la question des inégalités occupe une place importante sur la place publique, il serait également utile de trouver des défenseurs de la cause qui ne sont pas issus des groupes d'intérêt habituels, ni même des décideurs publics qui ont tendance à s'intéresser à ces affaires.

Cela étant dit, les personnes qui souhaitent intervenir peuvent le faire, et je suis impatient d'entendre vos propositions.

M. Cappe : J'ai été frappé par le commentaire de Mme Bégin sur l'absence d'une analyse de rentabilisation, et je crois qu'elle a raison, malheureusement. Toutefois, comme je l'ai expliqué au sénateur Keon, qui a demandé à quel moment nous pouvons affirmer que nous en savons assez pour agir, il me semble que, en matière de politique gouvernementale, nous faisons face à cette difficulté à tout moment et dans tous les domaines. Si nous attendons d'être certains, nous n'agissons jamais.

En fait, le Parlement du Canada a adopté une loi sur l'environnement incorporant le principe de précaution qui, essentiellement, oblige le gouvernement à agir même s'il ne dispose pas de toute l'information dont il aurait besoin. À mon avis, nous ne devrions pas attendre que l'analyse de rentabilisation soit réalisée de la façon dont les écoles de commerce le souhaiteraient, mais je crois qu'il ne faut pas renoncer à l'idée d'un consensus.

Pour revenir à la question qui nous occupe — comment susciter une volonté politique —, je ne connais pas la réponse absolue, mais je peux vous en fournir quelques éléments. Il doit y avoir un leadership fédéral. Je dis « leadership fédéral » en sachant que d'anciens fonctionnaires provinciaux ici présents sont sûrement prêts à s'en prendre à moi, mais le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir de mobiliser les gens, pour une raison ou une autre. Le gouvernement fédéral aurait pu être un instrument de mobilisation, mais je ne crois pas qu'il en soit capable actuellement.

On pourrait prétendre que le Conseil de la fédération, qui n'est rien de plus que la conférence annuelle des premiers ministres revisitée, possède ce pouvoir, mais, selon moi, même le conseil n'a aucun pouvoir de mobilisation.

The federal government — and I include the other elements of Parliament in this group — has the ability of setting the agenda, but it is set informally. I think you and your committee, chair, have that opportunity, in a sense. You can set the stage in which this issue becomes important.

You then look at NGOs and the role NGOs can play. The committee can provide the opening in which NGOs can put things on the agenda. There must be a way of focusing on that process.

I end by pointing to the federal leadership role that is possible by providing research and analysis. The data side is in hand as much as it can be in the sense that there are still huge gaps but we have made good progress between the Canadian Institute for Health Information, CIHI, and Statistics Canada. There is a good basis.

Again, Ms. Bégin has identified this gap, if you will, which is research capacity. I think governments have gone through cuts worrying about delivering service today, so they decapitate the government and cut off its capacity to think. Governments are incapable, then, of worrying about the future. An area for research and analysis is important.

I conclude with something that Mr. Lewis said; that there is both a demand and a supply for political will. The public demands that there be action, but if the governments of the day wait for the public to get its act together to demand something and then the governments will respond, we will not see any action. Therefore, there is a clear supply orientation towards where I would go with this issue, which is a government taking the lead and in a way, creating the demand.

Ms. Lynkowski: I think, as was mentioned, that we need to build public awareness on the issues. The way we do that is to recognize that we are trying to affect populations and social change, but that must be translated into something that is personal, and we have not done that successfully.

Ms. Bégin raised a great example in terms of the civil rights movement. We all know that it was propelled forward when Rosa Parks refused to give up her seat on a bus, and they still attribute the beginning of that movement to her. There is Mothers Against Drunk Driving, where a mother, essentially in her grief, transformed that grief into what we all consider to be socially unacceptable now.

We need a new way to tell the story, and we need to use the media to tell that story. We must do that deliberately and proactively. A study in the *Canadian Journal of Communication* in 2007 — and I am not an expert in communications — said that health reporters tend to de-emphasize the importance of social determinants and overemphasize the importance of the health care system and personal practices, or lifestyle, as we said. That is

Le gouvernement fédéral — et j'inclus les autres éléments formant le Parlement dans ce groupe — a la capacité de définir les priorités, mais cela ne se fait pas par des voies officielles. Je crois que le comité, monsieur le président, a en quelque sorte la possibilité de mener à bien cette affaire. Vous pouvez préparer le terrain pour mettre cette question en évidence.

Pensons aux ONG et au rôle qu'elles peuvent jouer. Le comité peut donner aux ONG l'occasion de proposer de nouvelles priorités. Il faut que nous trouvions le moyen de nous concentrer sur cette démarche.

Je termine en soulignant que le leadership fédéral pourrait entre autres se réaliser par la recherche et l'analyse. Pour ce qui est de la collecte de données, on a la situation en main autant qu'il est possible de l'avoir, en ce sens qu'il y a toujours de grandes lacunes, mais l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, et Statistique Canada ont fait de bons progrès. Les bases sont solides.

Encore une fois, Mme Bégin a mis le doigt sur cette lacune, si vous me passez l'expression, à l'égard de la capacité de recherche. Je crois que les gouvernements ont sabré dans les budgets par crainte de ne pas être en mesure d'offrir les services aujourd'hui, de sorte qu'ils ont décapité l'appareil gouvernemental et supprimé sa capacité de penser. Les gouvernements sont donc incapables de s'inquiéter au sujet de l'avenir. Il est important de stimuler le secteur de la recherche et de l'analyse.

Je conclus avec un point que M. Lewis a soulevé, à savoir qu'il y a une demande et une offre de volonté politique. Le public exige de l'action, mais si le gouvernement attend que le public s'organise et exige quelque chose avant de faire quoi que ce soit, rien ne se produira. Par conséquent, en ce qui concerne ce dossier, il est clair que l'on doit s'orienter vers l'offre, c'est-à-dire que le gouvernement doit partir le bal et, d'une certaine façon, créer la demande.

Mme Lynkowski : Comme quelqu'un l'a souligné, je crois que nous devons sensibiliser le public sur ces questions. Pour ce faire, nous devons reconnaître que nous tentons d'influencer les populations et d'induire un changement social, mais il faut que notre message trouve un écho chez les gens, et nous avons failli à cette tâche.

Mme Bégin a donné un exemple éloquent qui se rapportait au mouvement de défense des droits civils. Nous savons tous que ce mouvement a pris de l'ampleur lorsque Rosa Parks a refusé de céder son siège dans un autobus, et, aujourd'hui, on attribue encore à cette dame la naissance de la lutte pour les droits civils. Il y a aussi MADD, Les mères contre l'alcool au volant, organisme fondé par une mère en deuil qui a canalisé sa peine dans un combat contre ce que nous considérons tous aujourd'hui comme un comportement socialement inacceptable.

Nous devons trouver une nouvelle façon de présenter les faits et nous devons utiliser les médias pour diffuser notre message. Nous devons le faire délibérément et de façon proactive. Selon une étude publiée en 2007 dans le *Canadian Journal of Communication* — et je ne suis pas une experte dans le domaine des communications —, les journalistes en santé publique ont tendance à minimiser l'importance des déterminants sociaux de la

what they turned the issue into — lifestyle issues. It is then hard to find support for broad public policy measures because what they see are wait times or the hip that cannot be replaced.

It is incumbent upon us — and we have not done this well in the NGO community either — to tell the story differently. Probably the best example is through some of the Aboriginal populations because when we hear of a child living in a house with mould coming down the walls, it is pretty obvious that their early start will not be that productive. I challenge us to use that role. I do not know how the subcommittee can work with that information, but I think we need to engage the media.

Diana MacKay, Associate Director, Education and Learning, Conference Board of Canada: I want to comment as well on this issue of building the case and drawing a distinction for what the public sector can do and what the private sector can do. As Canadians, we have a culture of looking to our government to solve some of our problems whereas many other countries look to their private sectors.

This issue needs greater action by the private sector to understand the issues in addition to individuals and the government understanding the determinants of health.

One thing we focus on at the Conference Board is exploring how the private sector can understand the determinants of health better and take action where action is to be taken. I call your attention to a study that was done by the Halifax Chamber of Commerce where they explored the cost to the province in terms of productivity lost to absenteeism caused, in particular, by mental health issues. They estimated the cost was over \$1 billion annually to a province the size of Nova Scotia.

Further, Deloitte in the States conducted a study where they looked at the concept of "presenteeism," which is the affliction some of us have when we are at our desks, we are seen to be working, but we are not as productive as we could be because we are suffering from mental health issues, stress or all those other factors in life that take away from our ability to be productive. The issues are largely determinants of health issues: our housing, what our children are doing and so on. This Deloitte study showed that the cost was 32 times the cost of absenteeism.

It has been pointed out to me that the Nova Scotia economy may not be a \$32-billion economy, but we are losing a lot of productivity in Canada due to these issues. If we can show to the business leaders in the country, to the people who care about the bottom line, the fact that they are losing this kind of productivity,

santé et à exagérer celle du réseau de soins de santé et des habitudes personnelles ou, comme nous l'avons dit, les habitudes de vie. Ils en font une simple question d'habitudes de vie. Il est difficile de faire accepter de vastes mesures stratégiques lorsque les médias ne s'intéressent qu'aux délais d'attente dans les urgences ou à la hanche qu'on ne peut remplacer.

Il nous appartient donc — et les ONG n'ont pas fait mieux à cet égard — de présenter les faits autrement. La situation de certains peuples autochtones serait probablement le meilleur exemple que nous pourrions utiliser. En effet, lorsque nous entendons parler d'un enfant vivant dans une maison où les murs sont imprégnés de moisissures, il est assez évident que son départ dans la vie ne sera pas très productif. Je nous mets tous au défi d'assumer ce rôle. Je ne sais pas comment le sous-comité peut se servir de cette information, mais je crois que nous devons faire participer les médias.

Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage, Conference Board du Canada : J'aimerais également faire des observations relativement à l'analyse de rentabilisation et à la distinction que l'on établit entre les capacités du secteur public et celles du secteur privé. Au Canada, nous avons tendance à nous tourner vers le gouvernement lorsqu'il y a des problèmes à régler, tandis que, dans d'autres pays, la population s'en remet plutôt au secteur privé.

D'une part, le secteur privé doit s'attacher à bien saisir les enjeux, et, d'autre part, la population et le gouvernement doivent tenter de comprendre les déterminants de la santé.

Au Conference Board, nous cherchons entre autres des moyens d'expliquer au secteur privé en quoi les déterminants sociaux ont une incidence sur la santé publique et comment il peut agir là où c'est nécessaire. J'aimerais attirer votre attention sur une étude réalisée par la Chambre de commerce de Halifax dans laquelle on calcule le coût que représente pour la province la perte de productivité causée par l'absentéisme découlant, en particulier, de troubles de santé mentale. Les auteurs de l'étude ont estimé que cette perte de productivité se traduirait annuellement par un coût de plus de un milliard de dollars pour une province de la taille de la Nouvelle-Écosse.

De plus, Deloitte Research, aux États-Unis, a mené une recherche portant sur le concept de « présentéisme », terme qualifiant l'état de certaines personnes qui semblent travailler lorsqu'elles sont assises à leur bureau, mais qui ne sont pas aussi productives qu'elles devraient l'être parce qu'elles présentent des troubles de santé mentale, vivent du stress ou sont soumises à toutes les autres circonstances de la vie quotidienne qui amoindrissent la productivité. Les déterminants de la santé se composent en grande partie d'éléments de la vie quotidienne : le logement, les activités des enfants et ainsi de suite. La recherche de Deloitte a montré que le coût du présentéisme était 32 fois supérieur à celui de l'absentéisme.

On m'a signalé que l'économie de la Nouvelle-Écosse génère peut-être pas 32 milliards de dollars, mais il y a une forte baisse de la productivité au Canada en raison de ces phénomènes. Si nous pouvons montrer aux dirigeants d'entreprise, c'est-à-dire aux personnes qui se soucient du bénéfice net, qu'ils font les frais de

this kind of drain on their bottom line, then that case is compelling. We should identify areas where the government and business leaders can collaborate on things like building projects in urban centres and focus on ways that the business community can take actions within their companies and within their communities to help address these issues in Canada.

Mr. Lewis: Where do you think the business community is on this issue? It is one thing to recognize the issue, but what would make it live for them? Is it only an economic argument?

Ms. MacKay: I believe it is only an economic argument, frankly, because that is what business people care about. We can talk about the values, but we will not make a dent in the business centre unless we talk about the bottom line, in my opinion.

Mr. Lewis: Do you think social entrepreneurship and these new ideas about the responsible corporation are rhetorical things?

Ms. MacKay: No, I think those concepts are valuable, but unless they are aligned closely with economic concepts they will not be anything other than a sideline business and something that is talked about but not acted on in terms of what happens behind closed doors.

Mr. Dodge: I want to concentrate on Mr. Cappe's assertion that there is no business case and Ms. Bégin's compelling argument that we need a business case.

I may be a little out of date but as I look through the literature, it seems to me that we have an extraordinarily compelling business case in public health.

One example of interaction with the business community came out of how they deal with business continuity at the time of an epidemic.

In fact, there are lots of examples of where particulars come together on the business and government side. We have good evidence on the public health side in a whole bunch of areas. The problem, as I think a number of people have pointed out, is that a provincial minister of health faces diverting a million dollars or several millions of dollars from insuring that someone has more access to have their knee fixed quickly or whatever, to something that will yield a result over a long period of time. Those politics are difficult.

This argument is one in which our peculiar federal-provincial system comes into play. The federal minister, as Ms. Bégin knows well, is not under that same problem of when the bedpan falls in East Armpit, it echoes in the legislature. I think there is a good partnership and division of responsibility in public health because

cette perte de productivité, car elle réduit leur bénéfice net, ils ne pourront rester indifférents devant la situation. Nous devrions préciser les secteurs dans lesquels le gouvernement et les dirigeants d'entreprises peuvent collaborer à la réalisation de diverses choses, comme des projets de construction dans les centres urbains, et nous devrions déterminer comment le milieu des affaires peut favoriser l'adoption de mesures dans les entreprises et dans la collectivité pour résoudre ces questions au Canada.

M. Lewis : Selon vous, quel est le point de vue du milieu des affaires à ce sujet? C'est une chose de reconnaître le problème, mais que faudrait-il faire pour qu'il s'en préoccupe? N'y a-t-il là qu'un argument de nature économique?

Mme MacKay : Pour être franche, je crois que c'est le seul argument possible, car c'est ce qui importe aux gens d'affaires. Nous pouvons parler des valeurs, mais notre message n'atteindra pas sa cible tant que nous n'aborderons pas la question de la rentabilité, selon moi.

M. Lewis : Croyez-vous que l'entrepreneuriat social et toutes ces nouvelles idées à propos de la responsabilité sociale des entreprises ne sont que des idées creuses?

Mme MacKay : Non, j'estime que ces concepts ont leur raison d'être, mais, à moins qu'ils ne soient étroitement associés à des concepts de nature économique, ils demeureront en marge de l'activité des entreprises : on va en parler, mais lorsque viendra le temps de prendre des décisions et d'agir, il ne se passera rien.

M. Dodge : J'aimerais revenir sur la remarque de M. Cappe selon laquelle il n'y aurait eu aucune analyse de rentabilisation et sur l'argument convaincant de Mme Bégin selon lequel nous avons besoin d'une telle analyse.

Les renseignements dont je dispose datent peut-être un peu, mais, si je me fie à la documentation, il me semble qu'il y ait une analyse de rentabilisation extraordinairement convaincante dans le domaine de la santé publique.

Le gouvernement et le milieu des affaires ont collaboré lorsqu'ils ont élaboré un plan de continuité des activités en cas d'épidémie.

En fait, il est arrivé à de nombreuses occasions que des représentants du milieu des affaires et du gouvernement travaillent sur des projets communs. Nous savons qu'une telle collaboration a eu lieu à diverses reprises dans le domaine de la santé publique. L'ennui, comme l'ont précisé un certain nombre de personnes, c'est que tout ministre provincial de la santé doit affecter un ou plusieurs millions de dollars à des mesures qui donneront des résultats sur une longue période plutôt qu'à des ressources qui permettront à une personne de se faire opérer rapidement au genou ou d'accéder à quelque service que ce soit. Ces politiques exigent des choix difficiles.

En ce qui a trait à cet argument, la singularité de notre système fédéral-provincial entre en ligne de compte. À l'heure actuelle, le ministre fédéral, comme le sait très bien Mme Bégin, ne se trouve pas dans la situation où on l'interroge en chambre s'il se produit un incident à Saint-Glinglin des Meu-Meu. À mon avis, il y a un

every provincial minister knows well what the case is, but the politics of defending it in the provincial legislature is difficult.

On the public health side, I think, one, there is a good business case; two, we can involve the private sector; and three, there is a clear argument for division between federal and provincial authorities, given the politics of what the ministers must deal with.

On the early child development matter, the evidence is absolutely compelling. It is overwhelming. The problem is, it is so overwhelming that the universities out there are arguing that this is not such a good place because the evidence is that we are much better spending that incremental dollar or an existing dollar in early childhood than later on up the system.

That choice is difficult, but I do not think it is for a lack of business case in either of these two domains. It is difficult to articulate the case and as Mr. Tholl said, find that burning case to make it work. That is why I agree with Ms. Bégin. Absent a 1919 flu or something like it that galvanizes the country in a totally different way, then we need to build on existing blocks and proceed step by step. It would be extraordinarily difficult to take the big bang approach.

The business case is there, and I hope the committee's report reflects that fact.

The Chair: Can I stimulate this discussion further? We all know provincial budgets are structured so that health is dealt with in one part of the budget and everything else is dealt with in another.

Mr. Dodge: "Health care" is dealt with.

The Chair: You are right. That point is important. On this budget line of "everything else" are 11 of the top 12 determinants of health. In virtually all the reports we look at, productivity in a country runs parallel to its health status. Depending on what survey we read today, we rank somewhere between fifteenth or twentieth in overall health status, and we are similar in productivity. Perhaps Ms. MacKay would come back to that point.

Surely, it is horrible in a country like this one to have our productivity so compromised. How can we translate this statistic into something that the public and governments can understand?

bon partenariat et une bonne division des responsabilités dans le domaine de la santé publique, car chaque ministre provincial sait parfaitement en quoi consiste l'analyse, mais il est difficile de défendre cette cause devant une assemblée législative provinciale.

À mon avis, en ce qui concerne la santé publique, premièrement, l'argumentaire est solide; deuxièmement, nous pouvons faire participer le secteur privé; et troisièmement, il y a un argument évident en faveur de la séparation des compétences du fédéral et du provincial, compte tenu des politiques avec lesquelles les ministres doivent composer.

Quant au développement de la petite enfance, les preuves sont absolument frappantes. C'est tout simplement impressionnant. Toutefois, les preuves sont si incontestables que même les universités affirment que la situation est peu reluisante, car il a été démontré qu'il vaut mieux affecter tout dollar supplémentaire ou tout dollar existant dans le développement de la petite enfance plutôt qu'ailleurs dans le réseau.

Il s'agit d'un choix difficile, mais je ne crois pas que cela est attribuable à l'absence d'une analyse de rentabilisation dans un ou l'autre de ces deux domaines. Il est difficile de plaider en faveur du changement et, comme M. Tholl l'a dit, de mettre en relief le besoin urgent de changer les choses. Voilà pourquoi je suis d'accord avec Mme Bégin. Faute d'une épidémie comme celle de la grippe espagnole qui a frappé le pays en 1919 ou de toute autre situation d'urgence qui galvanise le pays d'une toute autre manière, nous devons construire sur les pierres existantes et procéder étape par étape. Il serait extraordinairement difficile d'appliquer le traitement choc.

Il y a des arguments solides, et j'espère que le rapport du comité reflètera ce fait.

Le président : Puis-je pousser la discussion plus loin? Nous savons tous que, dans les budgets des provinces, il y a deux parties : l'une consacrée aux dépenses en santé et l'autre, à tout le reste.

M. Dodge : L'une consacrée aux « soins de santé ».

Le président : Vous avez raison. Il est important de le souligner. La partie du budget réservée à « tout le reste » englobe 11 des 12 principaux déterminants de la santé. Dans presque tous les rapports que nous avons examinés, on montre que la productivité d'un pays est proportionnelle à l'état de santé de sa population. Selon le sondage que l'on consulte, le Canada se classe quelque part entre la 15^e et la 20^e positions pour ce qui est de l'état de santé global de sa population, et nous obtenons un résultat semblable en matière de productivité. Peut-être que Mme MacKay aimerait revenir sur ce point.

Certainement, il est terrible que, dans un pays comme le nôtre, notre productivité soit à ce point compromise. Comment pouvons-nous présenter cette statistique sous une forme que la population et les gouvernements comprendront?

Ms. Browne: Further to the business case, in Kentucky they can let someone die and it does not cost much that year. However, in Canada, if we do not help people with something, they will use — however inappropriately — something else that is insured.

My unit, as a little example, sits on 18 studies that show that if we do not help people more completely it will cost more that same year. If we help people, we will have more productivity. In one case, exits from social assistance doubled, or became 15 per cent more, than the control group. The study is a good one; they gave me a prize for it. For every 100 single-parent mothers and their families offered that intervention, we could save \$300,000.

For Toronto, I worked out the implementation plan for their people and spoke to Deborah Matthews' committee. In Toronto 29,000 single-parent mothers and 50,000 children are on welfare. The proportion of children under six will be taken care of by Early Years and Healthy Babies. Sixty one per cent of youth in our study were over six. I am in favour of these programs. The mother is distracted from the early child by the 10-year-old lighting fires and the 15-year-old on ecstasy. Again, I emphasize a household approach. It costs us more in the same year not to address these problems.

I was able to show them that Toronto now spends, for that two-thirds of the single mothers, \$295 million a year on social assistance. Based on our study, if we have a 15 per cent greater exit from social assistance, it will save \$60 million. To implement the whole program for Toronto for that age group would cost \$32 million. It is costing us more this year, right now.

Mr. Cappe: I want to go back to David Dodge. What do we want from the private sector? Is it only their permission? In other words, they understand the business case and are okay with a mixed public-policy approach to address this issue, or do they have a more direct role to play?

Mr. Dodge: I think there is a more direct role, but I prefer Ms. MacKay speaks to this question rather than me. From the pure public-health side, the business continuity side, the response has been strong. It was not a difficult sell and we made some yards on that side.

The much more difficult one is the kids. Especially for small business, having someone absent from the office for a year is disruptive. On the other hand, to attract the talent we need in

Mme Browne: Pour reprendre la question de l'analyse de rentabilisation, au Kentucky, le gouvernement peut laisser mourir une personne et ce décès n'entraînera pas pour autant une augmentation des coûts dans l'année en question. Toutefois, au Canada, si nous n'aidons pas les gens, ils utiliseront — mais de façon inappropriée — un autre service offert.

À titre d'exemple, mon unité participe à 18 études qui montrent que, si nous n'aidons pas suffisamment les gens au cours d'une année, il nous en coûtera davantage pour cette même année. Si nous offrons de l'aide à la population, nous augmenterons notre productivité. Dans l'un des cas, le taux d'abandon de l'aide sociale a doublé, ou il a augmenté de 15 p. 100, par rapport au groupe témoin. Il s'agit d'une très bonne étude; j'ai reçu un prix pour ce travail. Pour chaque tranche de 100 mères chefs de famille monoparentale qui bénéficieraient de notre intervention, nous pourrions économiser 300 000 \$.

À Toronto, j'ai élaboré le plan de mise en œuvre à l'intention de la population et j'ai fait un exposé devant le comité de Deborah Matthews. À Toronto, 29 000 mères seules et 50 000 enfants dépendent de l'aide sociale. Les enfants de moins de six ans seront pris en charge par les services à la petite enfance et le programme Bébés en santé. Dans notre étude, 61 p. 100 des enfants avaient plus de six ans. Je suis en faveur de ces programmes. La mère accorde moins de temps aux jeunes enfants parce qu'elle se préoccupe de son enfant de 10 ans qui joue avec des allumettes et de celui de 15 ans qui consomme de l'ecstasy. Encore une fois, je privilégie une intervention auprès des ménages. Il nous en coûte davantage au cours d'une même année de ne pas régler cette situation.

J'ai été en mesure de leur montrer que la Ville de Toronto consacrait maintenant 295 millions de dollars par année à l'aide sociale destinée aux deux tiers des mères seules. Selon notre étude, si on augmente de 15 p. 100 le taux d'abandon de l'aide sociale, nous économiserons 60 millions de dollars. La mise en œuvre du programme complet à Toronto pour ce groupe d'âge coûterait 32 millions de dollars. Il nous en coûte actuellement plus pour l'année en cours.

M. Cappe: J'aimerais revenir à David Dodge. Qu'attendons-nous du secteur privé? Attendons-nous seulement sa permission? Autrement dit, faut-il seulement que ce secteur comprenne le bien fondé de la démarche et convienne qu'il nous faut une politique gouvernementale mixte pour nous attaquer à ce problème, ou a-t-il un rôle plus direct à jouer?

M. Dodge: Je crois qu'il a un rôle plus direct à jouer, mais je préfère laisser à Mme MacKay le soin de répondre à cette question. Du strict point de vue de la santé publique, en ce qui concerne la continuité des activités, la réaction a été très forte. Il n'a pas été difficile de faire accepter cette proposition et nous avons compté des points dans ce dossier.

Ce qui est plus difficile à faire passer, c'est la question des enfants. Une personne qui s'absente du travail pendant une année perturbe le milieu de travail, particulièrement quand il s'agit d'une

larger organizations, we had to make it attractive for women in their child-bearing years to come to work.

There is a good case, as a large employer — I have to be careful here — to have a program that is supportive of women in their child-bearing years. That is the only way they can attract the talent to run their business.

Mr. Lewis, I do not see a conflict here. It is important to structure things properly. The small- and mid-sized businesses are a much trickier thing. One person missing in a five-person organization is a much harder thing to handle.

I think there are good opportunities for cooperation. If approached properly, it is natural almost for it to come.

Mr. Lewis: Ms. MacKay, do you wish to add anything?

Ms. MacKay: There are many things to talk about here. I think we need champions in the private sector who demonstrate how they can win as a business by promoting good health.

We can look at companies that we may think initially have nothing to do with this discussion, for example, Loblaw's. Grocery store chains put their produce in one place and their candy in another. They put the candy near the checkout where the moms must shop. I have four kids under the age of seven and it is impossible to go to a grocery store and not come out with candy in my hand.

I would like to see a grocery store change the way they lay out their floor so the last thing customers do when they leave is pick up their fresh fruit and vegetables. People are inspired to do that by their visit to the grocery store. People in marketing think about these things. We need these business minds to think about what will create good health outcomes. Then we need a business leader to change their business model so they apply these practices and show other business people they are winning; they have better bottom lines by making those changes.

That is what I am talking about when I say, involve the private sector. We should identify which private sector players are able to make an impact on health outcomes in Canada. Perhaps, the government can take steps to create incentives for businesses to take these actions.

Dr. Butler-Jones: As a sidebar, 15 to 20 years ago, we worked with local grocery stores, with Loblaw's, to do that in Simcoe County. It has fallen away for many reasons.

It is about engagement. I like the way Ms. Bégin described it as a series of parallel processes. There is not one way of doing this. Each generation discovers for itself what the galvanizing issues are. There were outbreaks of cholera and smallpox in the early days of Disraeli. However, in the latter part of that century, the

petite entreprise. D'un autre côté, si les grandes organisations veulent attirer des gens compétents, elles doivent offrir des conditions de travail attrayantes pour les femmes en âge de procréer.

Il est souhaitable pour un gros employeur — je dois faire attention ici — d'adopter un programme qui soutient les femmes en âge de procréer. C'est la seule façon d'attirer les talents qui contribueront au succès de son entreprise.

Monsieur Lewis, je ne vois aucun conflit ici. Il est important de bien structurer les éléments. C'est beaucoup plus difficile pour les PME. L'absence d'un employé dans une entreprise qui en compte cinq représente une situation beaucoup plus complexe à gérer.

Je crois que nous disposons d'excellentes possibilités de coopération. Si nous adoptons une approche adéquate, le résultat viendra presque naturellement.

M. Lewis : Madame MacKay, souhaitez-vous ajouter quoi que ce soit?

Mme MacKay : Il y a de nombreux sujets que j'aimerais aborder. Je crois que nous avons besoin de modèles dans le secteur privé qui peuvent montrer qu'une entreprise a tout à gagner à promouvoir une bonne santé.

Nous pouvons penser à des entreprises qui, à première vue, semblent n'avoir aucun lien avec cette discussion, comme Loblaw's. Les supermarchés regroupent les fruits et légumes à un endroit et les bonbons à un autre. Ils mettent les bonbons près des caisses, où les mères doivent passer. J'ai quatre enfants âgés de moins de sept ans, et il est impossible de sortir de l'épicerie sans qu'ils m'aient fait acheter des bonbons.

J'aimerais bien que les épiceries changent la façon dont elles aménagent leurs rayons pour que la dernière chose que les consommateurs achètent lorsqu'ils font leur marché soit des fruits et légumes frais. La façon dont les produits sont disposés à l'épicerie guide les clients dans leurs achats. Des spécialistes du marketing s'occupent de penser à ce genre de choses. Nous avons besoin que de tels experts trouvent le moyen d'améliorer la santé de la population. Il faut ensuite qu'un pionnier dans le milieu des affaires change son modèle de gestion et mette en pratique ces principes pour montrer aux autres entreprises qu'il tire profit de ce changement, c'est-à-dire qu'il accroît ses bénéfices.

C'est exactement ce que je veux dire lorsque j'affirme qu'il faut que le secteur privé participe. Nous devrions cerner les acteurs du secteur privé qui pourraient avoir une incidence sur la santé de la population au Canada. Le gouvernement pourrait peut-être prendre des mesures pour inciter les entreprises à s'engager.

Dr Butler-Jones : Soit dit en passant, il y a 15 ou 20 ans, nous avons travaillé avec des épiceries locales et avec Loblaw's pour mettre en place une initiative semblable dans le comté de Simcoe. Ce projet a été abandonné pour de nombreuses raisons.

C'est une question d'engagement. J'ai aimé la façon dont Mme Bégin a décrit la solution, soit comme un ensemble de processus parallèles. Il n'y a pas qu'une seule manière d'atteindre nos objectifs. Chaque génération découvre par elle-même quels sont les enjeux mobilisateurs. Il y a eu des épidémies de choléra et

British Army could not recruit enough soldiers for the Boer War because they were too unhealthy to be soldiers. That issue moved into issues of housing, financing and all that stuff.

Act Now B.C. is a cross-government initiative looking at physical activity with lenses on policy, et cetera. In part, that initiative came out of not only knowledge of the importance of these issues but also from compelling arguments from a business case standpoint that if they do not do something dramatic about the prevention side of the system, within a decade there will be no money for any department other than the health department and maybe education.

I am nervous about business cases. There is a compelling business case around a whole range of issues. It may not be totally coherent, cross all issues and speak to the whole subject but if we parse it out, there are many things on which to build a business case. One striking thing is we have a basic bias. The reason for this bias is that the business case is not enough, even when we have a good business case. I cannot count the number of times I have been in debate when someone says: All this prevention and promotion stuff is fine, but people live longer, they must go back to the doctor, they cost us more money, they collect their pensions, et cetera. They ask, why should we invest in that when we are not saving any money?

Why was my asthma treated when I was a kid? I am costing the system money. I may even retire some day. Why is it that, somehow, people living longer, healthier and better is a liability, but becoming sick, being treated and dying early is the normal course of things?

The other issue is finding what resonates for people. This issue goes back to the issue for each generation and the businesses. What is compelling for them? We all care obviously about children and we know that those pathways are set early. Finding and telling the stories and laying out the business case is important. However, the business case by itself is necessary but not sufficient.

Some things are already in place and working along this line. As Ms. Bégin is part of the WHO commission, we in Canada fund four of the few knowledge networks: two by the Public Health Agency of Canada, one by the International Development Research Center, IDRC, and one by Canadian International

de varicelle dans les premier temps du mandat de Disraeli. Par ailleurs, dans la deuxième partie de ce siècle, l'armée britannique ne pouvait recruter assez de soldats pour mener la guerre des Boers parce que les candidats étaient en trop mauvaise santé pour combattre. Cette situation a engendré des problèmes de logement, de financement et ainsi de suite.

Act Now B.C. est une initiative intergouvernementale dans le cadre de laquelle on examine la question de l'activité physique sous l'angle des politiques et d'autres aspects. En partie, cette initiative découle non seulement d'une prise de conscience à l'égard de l'importance de ces questions, mais aussi des données convaincantes issues d'une analyse de rentabilisation qui révélaient que, si le gouvernement ne prenait aucune mesure radicale pour faire de la prévention en santé publique, d'ici une dizaine d'années, tout l'argent devrait être affecté au ministère de la Santé et peut-être au ministère de l'Éducation.

Les analyses de rentabilisation me rendent nerveux. Il existe des analyses de rentabilisation probantes sur un large éventail de questions. Elles peuvent ne pas être totalement cohérentes, ne pas tenir compte de tous les détails et ne pas couvrir l'ensemble du sujet, mais si nous y regardons de plus près, nous constaterons que nous disposons de bon nombre d'éléments pour faire une analyse de rentabilisation. Ce qui est frappant, c'est que nous avons un parti pris. La raison en est simple : l'analyse de rentabilisation n'est pas suffisante, même si elle est solide. Je ne peux compter le nombre de fois où quelqu'un m'a dit pendant une discussion : « Toute cette prévention et cette promotion de la santé, c'est bien beau, mais les gens vivent plus longtemps, ils doivent consulter un médecin, ils nous coûtent plus d'argent, ils reçoivent une pension, et cetera. » Certaines personnes se demandent donc pourquoi on devrait investir dans la prévention, alors que, au bout du compte, elle ne nous permet pas d'économiser de l'argent.

Pourquoi m'a-t-on traité pour l'asthme lorsque j'étais enfant? Je représente des coûts pour le réseau de la santé. Je vais peut-être même prendre ma retraite un de ces jours. Pourquoi, d'une certaine façon, le fait de vivre plus longtemps et en meilleure santé représente-t-il un fardeau, alors que de tomber malade, d'être traité et de mourir à un âge précoce est considéré comme le cours normal des choses?

L'autre aspect important consiste à trouver ce qui interpelle les gens. Cette question nous ramène aux enjeux mobilisateurs de chaque génération et aux préoccupations des entreprises. Qu'est-ce qui suscite leur attention? Nous nous soucions évidemment tous des enfants et nous savons que leurs cheminements sont très tôt définis. Il est important de cerner et de révéler les faits réels et de démontrer le bien-fondé d'une telle démarche. Toutefois, bien qu'elle soit nécessaire, l'analyse de rentabilisation n'est pas suffisante.

Certains mécanismes qui vont en ce sens sont déjà en place. Comme le Canada fait partie de la Commission de l'OMS, par l'intermédiaire de Mme Bégin qui en est membre, le pays finance quatre des rares réseaux de savoirs : deux au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, un au Centre de recherches pour le

Development Agency, CIDA. In terms of the development of knowledge, we also fund the Canadian Reference Group to bring a Canadian context to the knowledge.

Additionally, we have centres of excellence that focus on these kinds of practical issues, working with the Canadian Institutes of Health Research and others. There is also the public health network. The point is absolutely well taken: If the knowledge remains within health, talking to itself, it will not go anywhere, whether it is imperialism or whatever. However, systems are in place in the public health network for engaging across the system and vertically within it to the conference of deputies where I sit, and then on to ministers.

Another thing that has not been spoken of much yet is the role of universities, the choices they make and the training they offer, both in terms of developing the skill sets for future professionals and others to support the kind of work that needs to be done, but also they need enough understanding not to obstruct what needs to be done. This point is important because in terms of those debates, people can say, it is a waste of time because people live longer — I thought that was the purpose of the health system.

In terms of research funding, most of these issues cross over the institutions. The issues are not only issues for CIHR, the Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, NSERC, or the Social Sciences and Humanities Research Council, SSHRC. Issues of the environment, biology, et cetera need cross-sectoral research. They are talking about that but I am not sure how much progress we are able to make.

In addition to Michael Marmot's report and the commission's report, in addition to the work of this committee, the first report of the Chief Public Health Officer, an annual report required of Parliament, is the status of public health in Canada. The report will have a theme in addition to the usual information: This is how healthy we are or are not and our comparisons with other countries. The theme of the report is health inequalities. This report deals not only with the inequalities and the underlying issues, but with the evidence for what we do about it and how different levels of society have taken on this theme, either as individuals, governments or communities.

Hopefully, that report will be useful to the committee in your dialogues as you move forward. I hope it will be tabled before the summer.

développement international, soit le CRDI, et, enfin, un à l'Agence canadienne de développement international, l'ACDI. Le Canada finance également le Groupe de référence canadien pour apporter une contribution canadienne au développement du savoir.

En outre, nous avons créé des centres d'excellence qui se penchent sur ce genre de questions d'ordre pratique, en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada et d'autres organismes. On compte également le Réseau pancanadien de santé publique. Et j'en conviens sans détour : si le savoir reste confiné au domaine de la santé, si nous n'abordons les questions qu'à l'interne, nous n'irons nulle part, que ce comportement s'explique par une certaine forme d'impérialisme ou autre chose. Toutefois, les mécanismes qui sont en place dans le réseau de la santé publique permettent de mobiliser l'ensemble des secteurs et de remonter la filière jusqu'à la Conférence des sous-ministres, à laquelle je siège, laquelle s'assurera de faire rapport aux ministres.

J'aimerais aborder un autre point dont nous avons peu discuté jusqu'à présent, soit le rôle des universités, les choix qu'elles font et la formation qu'elles offrent pour que les professionnels de demain acquièrent les compétences nécessaires au soutien du travail que nous devons accomplir. En outre, les universités doivent comprendre suffisamment les enjeux actuels pour ne pas faire obstacle aux changements qui s'imposent. Il s'agit d'un point important, car certaines personnes prétendent que ces améliorations sont une perte de temps parce qu'elles augmentent la longévité, alors que je croyais que c'était là la raison d'être du réseau de la santé.

Pour ce qui est du financement de la recherche, la plupart de ces questions concernent diverses institutions. Elles ne relèvent pas seulement des IRSC, du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, le CRSNG, ou du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le CRSH. Les questions de nature environnementale, biologique, et cetera, doivent faire l'objet de recherches intersectorielles. C'est ce qu'on envisage actuellement, mais je ne sais pas jusqu'à quel point nous pourrions progresser dans ce domaine.

À l'instar du rapport de Michael Marmot, du rapport de la Commission et des travaux du comité, le premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique, qui sera obligatoirement soumis au Parlement chaque année, brossera un portrait de la santé publique au Canada. Le rapport présentera les renseignements habituels, c'est-à-dire les données indiquant si nous sommes en bonne santé ou non et la comparaison de notre état de santé avec celui d'autres pays, et il comportera un thème, soit les inégalités en matière de santé. Outre les inégalités et les problèmes sous-jacents, le rapport traitera des mesures mises en place pour remédier à la situation et exposera comment les différents échelons de la société, à savoir les individus, les collectivités et les gouvernements, s'attellent à contrer les disparités en matière de santé.

J'espère que le rapport sera utile aux membres du comité au cours de ses consultations futures. J'espère qu'il sera présenté avant l'été.

Mr. Lewis: We have five speakers left on the list and 15 minutes.

Ms. Potvin: I will take the ball exactly where Mr. Dodge left it. I wanted to start talking about the first report of the Chief Public Health Officer of Canada, which will be about disparities. Then, let me scale down our conversation to Montreal.

In 1998, the public health director in Montreal released his first report, *Health Disparities*, and that report had a leading effect: One thing led to other things which led to others. It brought him attention from other sectors. You cannot have a report on health disparity without being willing to sit on many committees such as transportation and education. The story of Montreal is that such a report is the first step.

Another thing I wanted to say, in answer to Ms. Bégin, is that business cases are good things, but I would rather talk about social and societal cases. When the private sector meanders into health, they come up with bizarre ideas.

Talk to anyone who deals with the Chagnon Foundation in Quebec and you will have an idea of how good intentions and good will can lead you directly to hell. You do not pass Go and you do not collect \$200. I am not sure that the Bill Gates' of this world do much good.

As far as I know, within various Canadian documents, there are a few things we can build on. The way I read the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, it says that the health system is there to increase the health of Canadians and reduce disparities. This building block is one on which to build.

The last thing I want to offer you is that when you start to compare yourself, choose the right people to compare yourself to. Then, you will start thinking more intelligently. We have a history of comparing ourselves to our neighbours to the south, and not on the right indicators. For example, we compare ourselves with our southern neighbour on wait times for health care, and not on access to health care. We compare ourselves on life expectancy and we look good. However, when we compare ourselves to egalitarian societies — to Denmark, Norway or Sweden — we do not look that good; that comparison makes us number 25.

I urge that we compare ourselves to where the real challenges are, and that we develop that culture of comparing ourselves. The people we should compare ourselves to are the societies of the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, and probably Australia.

Ms. Manson Singer: I come back to the point that Mr. Cappe made earlier about the role for federal leadership. I strongly support that point.

I was thinking about the practicalities of explaining to the Minister of Health in Newfoundland and Labrador that today he should stand up and favour the collection of quality indicators on

M. Lewis : Il reste cinq intervenants à l'ordre du jour, et nous ne disposons plus que de 15 minutes.

Mme Potvin : Je vais poursuivre exactement là où M. Dodge a laissé. J'aimerais d'abord parler du premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, qui portera sur les disparités en matière de santé. Je vais limiter mes observations à Montréal.

En 1998, la Direction de la santé publique de Montréal a publié son premier rapport, intitulé *Les inégalités sociales de la santé*, document qui a fait boule de neige et attiré l'attention des autres secteurs. On ne peut présenter un rapport sur les inégalités en matière de santé si on n'est pas disposé à siéger à de nombreux comités examinant des questions telles que les transports et l'éducation. L'exemple de Montréal montre qu'un tel rapport ne constitue que la première étape.

J'aimerais ajouter, en réponse à Mme Bégin, que les analyses de rentabilisation sont une bonne chose, mais je préférerais parler d'analyses sociales. Lorsque le secteur privé se mêle de la santé, il lui vient des idées bizarres.

Parlez à quiconque a affaire avec la Fondation Chagnon à Québec, et on vous confirmera que l'enfer est pavé de bonnes intentions et de bonne volonté. Vous ne passez pas Go et vous ne réclamez pas 200 \$. Je ne suis pas certaine que les Bill Gates de ce monde nous viennent beaucoup en aide.

Que je sache, selon diverses publications canadiennes, nous pouvons miser sur plusieurs choses pour aller de l'avant. Si j'ai bien compris, l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé dit que le réseau de la santé sert à améliorer la santé des Canadiens et à réduire les inégalités. Nous avons là les assises sur lesquelles nous pourrions nous appuyer.

En terminant, j'aimerais vous faire remarquer que, lorsque l'on décide de se comparer avec d'autres pays, il faut le faire avec des pays qui s'imposent comme une référence. Ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra faire des choix judicieux. On a tendance à se comparer avec nos voisins du Sud, et en utilisant les mauvais indicateurs. Par exemple, on fait la comparaison des temps d'attente pour les soins de santé entre le Canada et les États-Unis, mais on ne compare pas les deux pays sur le plan de l'accès aux soins de santé. On compare l'espérance de vie des Canadiens avec celle d'autres nationalités, et on obtient de bons résultats. Toutefois, lorsqu'on se compare avec des sociétés égalitaires comme le Danemark, la Norvège ou la Suède, on fait piètre figure, car on se classe alors au 25^e rang.

Je demande avec insistance qu'on se compare avec des pays qui sont des modèles du genre, et qu'on prenne l'habitude de le faire. On devrait se comparer avec des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, soit l'OCDE, et probablement avec l'Australie.

Mme Manson Singer : Je reviens à la déclaration de M. Cappe au sujet du rôle de premier plan que devrait jouer le gouvernement fédéral. J'appuie fermement son point de vue.

Je songeais à l'utilité concrète d'expliquer au ministre de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador qu'il devrait dès maintenant prendre position en faveur de la collecte de données sur les

health, or foster a great support around the social determinants of health. I do not think he would be particularly receptive to my advice. Actually, I would be telling him to walk down a short plank, which is not the role of any deputy minister.

Coming back to population health, we are talking about the vision of our country. What do we want for our people? What kind of Canada do we want? That is the role of the federal government, to champion the kind of Canada we want for our Canadian people. Passing that baton, the leadership role, to the federal government expresses the obligation that we have to ourselves, as citizens, to articulate what we want as a country for our people. To me, that is not the role of any single minister of health; it is the expression of what we want as Canadians.

In this report, I urge that we give the federal government not only the right of taking the leadership, but also the obligation to take the leadership. To me, that expresses who we are as Canadians and what we truly value.

Ms. Yalnizyan: The question of this session is how to foster political will — and context is everything. The political moment will indicate where people are in terms of context.

When we started the inequality project at the Canadian Centre for Policy Alternatives, one of the first things we did was polling and focus groups on what people thought about inequality and disparity at the moment. We learned through a national poll by Environics that one out of two Canadians feels they are a couple of paycheques away from poverty. When we look at the data, that response is irrespective of region and income class. It is not about poverty; what we heard was financial insecurity.

The second thing people said — irrespective of political stripe, income class or region — was that any political party that moved on the following four things would have over 80 per cent of political support from Canadians. Those four areas, in order of priority, are more affordable post-secondary education for their children; more affordable housing; child care by which they mean not only zero to five because kids do not take care of themselves once they go to school full-time; and higher minimum wage so that someone working full-time, full year is not still in poverty. The definition of the minimum wage would be to raise someone out of poverty if they are working full-time, full year.

indicateurs de qualité de la santé ou à favoriser une grande mobilisation autour des déterminants sociaux de la santé. Je ne crois pas qu'il serait particulièrement réceptif à ma proposition. En fait, cela reviendrait à lui demander de se mettre la corde au cou, ce qui ne fait pas partie du rôle d'un sous-ministre.

Pour revenir à la santé de la population, nous parlons de la vision que nous avons de notre pays. Que souhaitons-nous pour nos gens? À quoi voulons-nous que ressemble le Canada? Il appartient au gouvernement fédéral d'être le maître d'œuvre du Canada dans lequel souhaitent vivre les Canadiens. En passant le témoin au gouvernement fédéral pour qu'il exerce son leadership, nous exprimons l'obligation que nous avons envers nous-mêmes, en tant que citoyens, de donner une idée du genre de pays que nous voulons. À mon sens, ce travail ne relève pas seulement d'un seul ministre de la santé; il est l'expression de ce que nous souhaitons comme Canadiens.

Dans ce rapport, je demande instamment que nous précisions au gouvernement fédéral qu'il a non seulement le droit, mais également l'obligation d'exercer son leadership. Selon moi, le fait que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan reflète notre identité et nos valeurs.

Mme Yalnizyan : Principalement, cette séance vise à déterminer comment susciter une volonté politique — et tout est une question de contexte. La situation politique constituera un bon indice d'où en est rendue la population.

Lorsque le Centre canadien de politiques alternatives a donné le coup d'envoi à son projet relatif aux inégalités en matière de santé, il a d'abord sondé la population et formé des groupes de discussion pour connaître l'opinion des gens sur les inégalités et les disparités en matière de santé. Grâce à un sondage national mené par Environics, nous avons appris qu'un Canadien sur deux estime que seulement quelques chèques de paie les séparent de la pauvreté. Lorsqu'on examine les données, on remarque que cette réponse ne tient compte ni de la région ni du revenu des répondants. On ne parle pas de pauvreté, ici; ce que les gens expriment, c'est leur insécurité financière.

La deuxième chose qui ressort de ce sondage, c'est que tout parti politique qui appliquerait les quatre mesures suivantes recueillerait l'appui politique de 80 p. 100 des Canadiens, peu importe les allégeances politiques, le revenu ou la région. Ces quatre mesures, par ordre de priorité, sont les suivantes : une éducation postsecondaire abordable pour leurs enfants; un logement plus abordable; des services de garde qui ne sont pas seulement destinés aux enfants de moins de cinq ans, car les enfants plus âgés ne sont pas laissés à eux-mêmes dès qu'ils vont à l'école à temps plein; et, enfin, une augmentation du salaire minimum qui ferait qu'une personne travaillant à temps plein toute l'année pourrait s'affranchir de la pauvreté. Le salaire minimum serait augmenté à un taux permettant à une personne travaillant à temps plein, toute l'année, de demeurer au-dessus du seuil de pauvreté.

Those four things were the top priority for over 80 per cent of the population, dipping to about 76 per cent for the Conservatives in Alberta for some issues. I can make that document available to people.

If you want to foster political will, I could not agree more with Ms. Manson Singer on the need not only for federal leadership, but the federal obligation to set the tone. The tone is not only, what can we do to help the poor? I do not think the language of social determinants of health washes with people. I do not even think the language of poverty reduction washes with people. People need to see themselves and their insecurities reflected in what their governments are doing for them.

These four platforms — post-secondary education, child care, housing and higher minimum wage to lift someone out of poverty if they are working full-time, full year — reflect their concerns and insecurities. It is a short list. It addresses all the social determinants of health we are talking about.

Concern does not stop at early childhood education for the first five years, because the lost generation is 10 to 15 years old. Ms. Browne talked about what is happening in this group. I can tell you there are tri-level committees dealing with the guns and gangs from two years ago that are still trying to target initiatives to keep those kids off the street. One or both parents work all the time, and there is nothing for the kids to do where they live because they live in poor neighbourhoods. There is no funding for these things. Please do not think of early childhood education as ending when the child enters Grade 1.

Again, talking about how to seize the political moment to raise political will from both a leadership point of view as well as the grassroots point of view, maybe my middle initial should be “P” for Pollyanna. I think the winds of change are blowing because the Barack Obama campaign of “yes, we can” is infectious.

People are starting to think again that their governments can do something for them — any government, any leadership that takes action and says, this issue is not about poverty reduction but about prosperity. That is exactly what your agenda says; you do not call it the “business case.” You say, “What is the economic case,” and — in brackets, “the prosperity case. . .” I can assure you, it is the prosperity case. It is the enhancing economic security case, because people do not feel secure right now.

Ces quatre éléments étaient jugés prioritaires par plus de 80 p. 100 de la population, tandis que certaines d'entre eux récoltaient l'appui d'environ 76 p. 100 des personnes d'allégeance conservatrice en Alberta. Je peux fournir les résultats du sondage aux personnes qui souhaiteraient le consulter.

En ce qui concerne la création d'une volonté politique, je suis pleinement d'accord avec Mme Manson Singer sur le fait qu'un leadership fédéral est nécessaire et que le gouvernement fédéral doit donner le ton. Ce n'est pas tout de se demander ce qu'on pourrait bien faire pour aider les pauvres. Je ne crois pas que le discours des déterminants sociaux de la santé interpelle les gens. Et, selon moi, même le discours sur la réduction de la pauvreté ne trouve pas un écho dans la population. Les gens doivent pouvoir s'identifier et reconnaître leurs insécurités dans les actions du gouvernement.

Ces quatre éléments — l'éducation postsecondaire, les services de garde, le logement et l'augmentation du salaire minimum de façon à ce qu'une personne travaillant à temps plein, toute l'année, puisse s'affranchir de la pauvreté — sont le reflet de leurs préoccupations et de leurs insécurités. La liste est courte, mais elle englobe tous les déterminants sociaux de la santé en question.

Il ne faut pas uniquement se soucier de l'éducation de la petite enfance, soit les enfants de moins de cinq ans, parce que les jeunes de la génération sacrifiée ont entre 10 et 15 ans. Mme Browne a parlé de ce que vivaient les membres de ce groupe. Il y a deux ans, on a mis sur pied des comités formés de représentants provenant des échelons fédéral, provincial et municipal pour qu'ils s'occupent de la question des armes à feu et des gangs de rue, et ils tentent toujours de trouver des initiatives qui aideraient ces jeunes à sortir de la rue. L'un des parents ou les deux travaillent à temps plein, et les enfants n'ont accès à aucune activité parce qu'ils habitent dans des quartiers défavorisés. Il est impossible d'obtenir du financement pour aider ces jeunes. Ne pensez pas que l'éducation de la petite enfance se termine en première année.

Encore une fois, en ce qui concerne la façon de déterminer le moment politique opportun pour susciter une volonté politique tant au sein du gouvernement fédéral que dans les collectivités, je crois que je suis d'un optimisme à tous crins. Je pense que le vent est en train de tourner, sûrement sous l'effet de la campagne de Barack Obama, dont le slogan « yes, we can » est contagieux.

Les gens recommencent à croire que les gouvernements — quels qu'ils soient — peuvent faire quelque chose pour eux s'ils prennent les mesures nécessaires et qu'ils déclarent qu'elles visent non pas à réduire la pauvreté, mais à accroître la prospérité. C'est exactement ce que dit votre programme; il ne s'agit pas de parler d'une « analyse de rentabilisation ». Vous devez dire : « Quel est l'argumentaire économique » et, entre guillemets, « l'argumentaire pour la prospérité [...] ? » Je peux vous assurer qu'il s'agit d'un argumentaire pour la prospérité. On vise à augmenter la sécurité économique, car la population ne se sent pas en sécurité actuellement.

We are at the end of a decade of blockbuster growth for this country. We should be embarrassed that we have not done more. This is a moment to move forward. There is an agenda that can be seized, if any party is willing to move forward with it at the federal level.

Mr. Osberg: Ms. Yalnizyan mostly said it all. The only thing I underline is the health implications of insecurity, anxiety and stress repeated over many years, particularly when someone is the sole parent. Many people are particularly vulnerable to the economic stresses they are exposed to, more than ever. They have a much greater distance to fall because we have cut away the social safety net over these past few years.

Mr. Reading: I was reflecting on the recent report on population health, which looked at a total of 360 programs and services available across 30 federal departments and agencies that target Aboriginal peoples in Canada. It has occurred to many people before that we ought to be able to align these programs and services with a goal of improved health. That alignment is what is missing. The departments are firing off in all directions and not actually hitting the target.

One fantastic idea is that there be a cabinet committee on social determinants of health. I am an academic and I think about social determinants. There is much debate about disparities and inequalities that lead to vulnerabilities. Average Canadians do not care much about the inner workings and how all these things split up. We study these issues but people are interested in improving the health of Canadians. A cabinet committee aligning whole-of-government approaches to improving the health of Canadians and to reducing vulnerability for future populations has a more politically viable and sellable ring to it than "social determinants," which is a bit wordy.

There seems to be a lack of vision. We have all kinds of social programs in Canada that provide these services but they have not been aligned in recent years. The idea is to align under some kind of vision, be incremental in how they are played out through strategic investments and set specific goals and measurable objectives of progress against those goals. The report also talks about how the federal government initiated a set of goals in partnership with the provinces but that those goals were never adopted. It did not happen because it was a half-baked plan and did not have the political support of a cabinet committee to move the agenda forward.

On my final point, Regent Park in Toronto was a social experiment in Canada undertaken in the 1950s by well-meaning people who gathered in rooms such as this one to improve the public health of vulnerable populations living in an urban environment. It has been a colossal disaster. One reason it did not succeed is that the people undertaking the project never engaged with the people who live in the area about what the people wanted in terms of their health and well-being. The road to

Une décennie de croissance effrénée va bientôt se terminer au Canada. Nous devrions avoir honte de ne pas en avoir fait davantage. C'est le moment d'aller de l'avant. Il y a un programme à mettre en œuvre, si jamais un parti politique à l'échelon fédéral est disposé à faire le saut.

M. Osberg : Mme Yalnizyan a dit, en grande partie, tout ce qu'il y avait à dire. La seule chose que j'aimerais souligner, c'est que la sécurité, l'anxiété et le stress que vit une personne pendant de nombreuses années ont une incidence sur sa santé, surtout si elle est chef de famille monoparentale. Nombre de personnes sont particulièrement vulnérables aux stress économiques auxquels elles sont exposées, maintenant plus que jamais. Elles sont beaucoup plus désavantagées parce que le gouvernement a sabré dans les programmes sociaux au cours des dernières années.

M. Reading : Je regardais le dernier rapport sur l'état de santé de la population, document qui a évalué 360 programmes et services offerts aux Autochtones par 30 ministères et organismes du gouvernement fédéral. Bon nombre de personnes ont fait remarquer que nous devrions aligner ces programmes et services sur l'objectif relatif à l'amélioration de la santé. C'est ce que nous n'avons pas fait. Les ministères tirent dans toutes les directions et, de fait, ratent la cible.

On a proposé une idée fantastique, soit celle de créer un comité du Cabinet chargé d'examiner les déterminants sociaux de la santé. Je suis un chercheur et je me préoccupe des déterminants sociaux. Le fait que les disparités et les inégalités rendent les personnes vulnérables suscite bien des débats. Le Canadien moyen ne s'intéresse guère aux rouages internes de l'affaire et à ses ramifications. Nous étudions ces questions, mais les gens s'intéressent à l'amélioration de la santé des Canadiens. Un comité du Cabinet s'occupant d'harmoniser les politiques gouvernementales pour améliorer la santé des Canadiens et réduire la vulnérabilité des générations futures constituerait un programme beaucoup plus viable et vendable sur le plan politique que la question des « déterminants sociaux », expression un peu pompeuse.

Il semble qu'il y ait un manque de vision. Nous avons toutes sortes de programmes sociaux au Canada qui offrent ces services, mais ils n'ont pas été harmonisés au cours des dernières années. L'idée, c'est de les coordonner selon une certaine vision, de les mettre en œuvre de façon progressive au moyen d'investissements stratégiques et de se fixer des objectifs précis et mesurables. Le rapport explique également que le gouvernement fédéral a établi un ensemble d'objectifs en partenariat avec les provinces, mais que ces objectifs n'ont jamais été réalisés. Si cela n'a pas eu lieu, c'est que le plan était boiteux et n'a pas reçu l'appui politique d'un comité du Cabinet, qui aurait pu mettre cette initiative en place.

Mon dernier point porte sur Regent Park, à Toronto, une expérience sociale menée au Canada dans les années 1950 par des personnes bien intentionnées qui se sont réunies dans une salle comme celle-ci pour trouver des moyens d'améliorer la santé publique des populations vulnérables vivant en milieu urbain. Cette initiative a été un échec monumental, entre autres parce que les responsables du projet n'ont jamais consulté les personnes qui vivaient dans ce quartier défavorisé pour savoir comment elles

hell is paved with good intentions. Now, the City of Toronto is trying to reinvent the Regent Park area to improve it for all who live there. It is my view that community engagement is the key, and community engagement is connected to political will.

The Chair: We will begin our final session on theme four. Mr. Lewis will facilitate this session. I can assure you we will wrap up the session by four o'clock. Without any further ado, I turn the meeting over to Mr. Lewis.

Mr. Lewis: This last session is to generate some sense of priorities for accelerating progress. Since we have a large, diverse and committed group, consensus may be somewhat elusive. However, we at least want your concrete ideas about what you think we should do. Some priorities have already emerged.

Before we go to that part, I have two questions to pose, one to Ms. Yeates and the other to Senator Eggleton.

Ms. Yeates, given what you have heard today, what do you infer from this conversation about the information and analysis agenda that you think the country needs to pursue? Where are the gaps that you think most need to be overcome?

They may or may not deal with your own mandate directly. They can relate Statistics Canada and others.

Ms. Yeates: A number of things come to mind. First, people talked about push and pull on indicators. The focus on wait times has driven us to measure them, then to report and do something. It has created a demand for population health measures and, ideally, an inequality measure. Other countries have this measure. That would drive a lot of research on what measures are useful and we would then have a sense of how we are performing on these measures over time. That would drive the demand.

Second, I come back to the creation of a climate for linkage. In a sense, populating population health measures over time is largely about being able to pull data together. A lot of barriers exist to that capability at the moment, most of which vanish if we work on them. They are not barriers that cannot be overcome. However, overcoming them takes much energy, time and effort. We need to pull this data together for the country as opposed to having all these little pockets. These linkages would be created locally, provincially and nationally. Creating them would be a huge achievement.

Third, the greatest source for more data that I see on the horizon to establish those kinds of linkages is EHR, the electronic health record. I do not see a lot of opposition. Rather, no one has

souhaitaient améliorer leur santé et leur bien-être. L'enfer est pavé de bonnes intentions. Maintenant, la Ville de Toronto essaie de réinventer le quartier de Regent Park pour en faire un endroit agréable pour les gens qui y vivent. À mon sens, l'engagement de la collectivité est essentiel, et une telle participation est directement liée à la volonté politique.

Le président : Nous allons entamer la dernière partie de notre séance, qui porte sur le quatrième thème. M. Lewis animera cette partie. Je puis vous assurer que nous allons la terminer à 16 heures. Sans plus tarder, je cède la parole à M. Lewis.

M. Lewis : Dans le cadre de cette dernière partie, nous tenterons de trouver le moyen de susciter un certain sentiment d'urgence pour faire accélérer le processus. Comme nous sommes un groupe nombreux formé de personnes issues de divers milieux, il se pourrait que nous ayons de la difficulté à parvenir à un consensus. Toutefois, nous souhaitons que vous nous disiez exactement ce que vous croyez que nous devrions faire. Nous avons déjà cerné certaines des priorités.

Avant de poursuivre, j'aurais deux questions à poser : une à Mme Yeates et l'autre au sénateur Eggleton.

Madame Yeates, compte tenu de ce que vous avez entendu aujourd'hui, que déduisez-vous de la discussion portant sur le programme d'information et d'analyse que le gouvernement devrait mettre en œuvre? Quelles sont les lacunes que nous devrions nécessairement combler?

Cela peut se rapporter directement ou non à votre propre mandat. On peut établir un lien entre Statistique Canada et autre chose.

Mme Yeates : Un certain nombre d'éléments me viennent en tête. D'abord, les gens ont parlé du jeu des indicateurs. L'accent a été mis sur les temps d'attente, ce qui nous a amenés à les mesurer, à signaler la situation et à intervenir. Cela a créé une demande pour des mesures de la santé publique, et, idéalement, elle devrait entraîner une demande pour une mesure des inégalités. D'autres pays mesurent cet aspect. Cela aurait pour effet de stimuler la recherche servant à déterminer quelles mesures seraient utiles, et, au fil du temps, nous aurions une idée de notre rendement à l'égard de ces mesures. Cela stimulerait la demande.

Ensuite, je reviens à la création d'un environnement propice au couplage de données. Dans un sens, alimenter une base à partir de données concernant des mesures de la santé publique sur une certaine période de temps, c'est principalement être en mesure de grouper ces données. À l'heure actuelle, cette capacité est entravée par de nombreuses barrières, dont la plupart pourraient disparaître si on y travaillait. Il ne s'agit pas d'obstacles qui ne peuvent être surmontés. Toutefois, pour en venir à bout, on devra y consacrer du temps et de l'énergie. Nous devons réunir ces données pour l'ensemble du pays plutôt que pour de petits groupes isolés. Ces couplages pourraient avoir lieu à l'échelon local, provincial et national. Leur création représenterait une énorme réalisation.

Troisièmement, le dossier médical numérique et le dossier médical électronique sont, selon moi, les outils qui nous permettront bientôt de réaliser ce type de couplage. Je constate

thought their way through this issue. We need a voice to be out in front talking about it as a potential source for powerful, ongoing, inexpensive, not redundant, population health data. It pushes a lot of buttons on efficiency. That role is huge because not many people think that far out.

Fourth — Ms. Potvin mentioned this point as well — having a greater sense of what works will be important. The business case needs to be made over and over again. The bar is high because of the latency and because of all the issues that have been raised. We do not devote many resources to this issue in our research agendas.

The federal government is a big funder of research and can play a role in devoting a greater proportion of that research enterprise to answering the question of what works. It is one thing to say we have a problem, but it is another to have ideas about how to solve the problem. At the end of the day, people will come back to whether this approach is making a difference, which is a legitimate question.

On the biomedical side, a whole enterprise is well designed to answer the question of, does this approach work? We do not have that same enterprise. There is a problem if we do not have that same kind of intervention research.

Last, there is a question of diffusion of the mandate. No one enterprise in the country will solve all this problem. Having spent most of my career in government, inherently, some of these questions will be uncomfortable for governments. We need to think about where we place the voice of these issues on an ongoing basis.

That may sound self-serving coming from an agency outside government. Therefore, I hasten to say we could play that role and I think others could play that role. I know playing that role from within government can be difficult.

Mr. Lewis: Senator Eggleton, you parked the intriguing notion of fiscal imbalance. You were the mayor of a Canadian city that has taken inequality-related issues as seriously as any. For example, the Toronto Board of Health has had a visionary leadership role.

Tell me if I am reading too much into what you implied. However, I think you said we should flow more funds to the municipal level where we may have a better chance of success dealing with some of these things. A lot of social capital is at the municipal level and the scale is small enough, even in a big city, that they can make headway. The determinants of health are visible on the ground.

qu'ils ne comptent pas beaucoup d'opposants. En fait, personne n'a vraiment réfléchi à cette option de façon approfondie jusqu'à maintenant. Nous avons besoin de quelqu'un qui saura montrer que ce sont des outils puissants pouvant nous alimenter de façon continue en données sur la santé publique qui sont peu coûteuses et non répétitives. Il s'agirait de méthodes hautement efficaces. C'est un rôle crucial, car la plupart des gens ne poussent pas la réflexion si loin.

Quatrièmement — Mme Potvin a également mentionné ce point —, il serait très important d'avoir une bonne idée des méthodes qui fonctionnent. Il faut répéter l'exercice de l'analyse de rentabilisation maintes et maintes fois. La barre est haute en raison de la période de latence et de toutes les difficultés qui ont été évoquées. Nous ne consacrons pas beaucoup de ressources à cette question dans nos programmes de recherche.

Le gouvernement fédéral est un important bailleur de fonds des recherches et peut jouer un rôle en utilisant une grande partie de ces activités de recherche pour déterminer quels sont les mécanismes qui donnent des résultats. C'est une chose de reconnaître qu'il y a un problème, mais c'en est une autre de trouver des moyens de le résoudre. Au bout du compte, les gens voudront savoir si les mesures adoptées ont vraiment une incidence, ce qui est tout à fait légitime.

Sur le plan biomédical, il serait tout indiqué de concevoir une initiative globale servant à déterminer si l'approche choisie fonctionne. Nous ne disposons pas d'une telle initiative. C'est un inconvénient si nous n'avons pas cette capacité de recherche interventionnelle.

Enfin, il faut penser à la diffusion du mandat. Aucune organisation dans le pays ne peut à elle seule résoudre ce problème. Comme j'ai passé le plus clair de ma carrière au sein de l'appareil gouvernemental, je sais que certaines questions, de par leur nature, mettront les gouvernements mal à l'aise. Nous devons penser à diffuser régulièrement le message concernant ces préoccupations.

Mes propos peuvent sembler intéressés venant d'une représentante d'un organisme extérieur au gouvernement. Par conséquent, je m'empresse d'ajouter que nous pourrions remplir ce rôle, et je crois que d'autres pourraient également le faire. Je sais qu'il peut être difficile d'accomplir ce mandat au sein d'un gouvernement.

M. Lewis : Sénateur Eggleton, vous avez évoqué la notion intéressante du déséquilibre fiscal. Vous avez été maire d'une ville canadienne qui a mis le problème des disparités en matière de santé sur un pied d'égalité avec d'autres problèmes importants. Par exemple, le Toronto Board of Health a joué un rôle de premier plan appuyé sur une vision pour l'avenir.

N'hésitez pas à m'interrompre si j'infère trop de choses de ce que vous avez dit. Vous avez affirmé, si je ne m'abuse, que nous devrions affecter plus de ressources financières à l'échelon municipal, qui pourrait obtenir de meilleurs résultats que nous s'il s'occupait de ce dossier. On retrouve beaucoup de capital social à l'échelon municipal, et l'échelle est assez modeste, même dans une grande ville, pour que l'administration puisse faire des progrès. Les déterminants de la santé sont visibles à cette échelle.

These should be your comments.

Senator Eggleton: You said it better than I could. I agree with that summary.

I do not anticipate that the different orders of government will come together and re-carve the pie. It would be good for local government to have more progressive taxes, such as income tax or the sales tax. I do not think that is about to happen in a direct way, but it can happen in an indirect way. It is already happening somewhat with the gasoline tax that goes to local governments for infrastructure, which is an important part of what the local governments do.

We could have double devolution, as they call it. The federal government could devolve funds through the province, since they want to follow the constitutional correctness, down to the local level.

In an urban development agreement format, if the federal government is willing to devolve those funds, the federal government has some obligation to ensure that the government that is most logical to deliver the service will have the funds and resources they need to deliver it.

Mr. Lewis: We now open the floor for priority setting. We ask you to be as practical as possible and as directive as you are inclined to be in regard to what you think this Senate subcommittee should pursue to accelerate the uptake of the inequalities agenda.

You have heard a lot from each other today. We do not expect you to agree on everything. However, put some ideas on the table and we can discuss them and see where we end up.

Ms. Bégin: I listened to colleagues during the coffee break. There is no available business case in the classical sense of the term that we can easily use in Canada. Ms. Yalnizyan referred to the Environics study and the four pillars that people identified as their main worries. That language is equivalent to a business case. I ask, why a business case? Idealists dream to replace the use of the word "equity" with social justice words. I am sorry; they are like two constituencies.

Ms. Yalnizyan never used the words "social determinants of health." I did not write down the four pillars, but I recall one is housing and one is financial insecurity. Using that language for Canadians in an agenda for prosperity, et cetera, is, to me, the equivalent of a business case. It is language understood by a vast majority of people, which is the language that is needed. It is a positive measure.

Voilà ce qui résume vos commentaires.

Le sénateur Eggleton : Je n'aurais pas pu dire mieux. Vous avez bien résumé mes observations.

Je ne crois pas que les différents ordres de gouvernement s'entendent sur une nouvelle répartition des recettes fiscales. Il serait bien que les administrations municipales puissent percevoir des impôts plus progressifs, comme un impôt sur le revenu ou une taxe de vente. Je ne crois pas qu'on pourrait appliquer un tel mécanisme directement, mais on pourrait le faire d'une manière indirecte. C'est ce qui se produit actuellement pour ce qui est de la taxe sur l'essence qui revient aux administrations locales pour l'entretien des infrastructures, qui est l'une des tâches importantes qui incombent aux municipalités.

Il pourrait y avoir un double transfert des responsabilités, comme on l'appelle. Le gouvernement fédéral pourrait transférer des fonds, par l'intermédiaire du gouvernement provincial — puisqu'ils veulent qu'on se conforme au régime constitutionnel —, aux municipalités.

Dans le cadre d'une entente sur le développement urbain, si le gouvernement fédéral est disposé à transférer ces fonds, il a l'obligation de faire en sorte que l'échelon qui logiquement doit fournir le service en question dispose des fonds et des ressources nécessaires à l'accomplissement de son rôle.

M. Lewis : Nous vous invitons maintenant à définir quelles seraient les priorités. Nous vous demandons d'être aussi concrets que possible et d'être aussi fermes que vous avez envie de l'être lorsque vous donnerez votre opinion sur les moyens que devrait prendre le sous-comité pour accélérer la mobilisation autour du programme relatif aux inégalités en matière de santé.

Aujourd'hui, vous avez pu vous faire une bonne idée du point de vue de chacun. Nous ne nous attendons pas à ce que vous consentiez à toutes les propositions. Toutefois, faites quelques suggestions : nous pourrions en discuter et voir où elles peuvent nous mener.

Mme Bégin : J'ai écouté les discussions de mes collègues pendant la pause. Il n'y a aucune analyse de rentabilisation, dans le sens classique du terme, que nous utilisons habituellement au Canada. Mme Yalnizyan a fait allusion à l'étude réalisée par Environics et aux quatre préoccupations principales des Canadiens. Ce genre de discours équivaut à une analyse de rentabilisation. Je vous demande : « Pourquoi faut-il absolument une analyse de rentabilisation ? » Les idéalistes rêvent de remplacer le mot « équité » par des termes qui reflètent la justice sociale. Je suis désolée, mais il s'agit-là de deux choses différentes.

Mme Yalnizyan n'a jamais utilisé l'expression « déterminants sociaux de la santé ». Ce n'est pas moi qui ai parlé des quatre préoccupations des Canadiens, mais, si je me rappelle bien, l'une se rapportait au logement et l'autre, à la sécurité financière. Si on présente aux Canadiens un programme favorisant la prospérité, et cetera, qui mentionne ces quatre éléments, à mon avis, cela équivaudrait à une analyse de rentabilisation. Ce langage serait compris par la vaste majorité de la population, et c'est celui dont nous avons besoin. Il s'agit d'une mesure positive.

Mr. Cappe: I want to talk about collaboration. There seems to be a theme or a trend going through the conversation. My experience in government has been that something does not exist unless it has an acronym. I want to call for more acronyms. I want to talk about FPT and WOG.

One of my previous colleagues once said that it was the toadies in the TOAD, The Office of Acronym Development that exists in the Privy Council Office, which made government work.

FPT is federal-provincial-territorial collaboration, and WOG is the whole-of-government approach. We throw those words around as if we know what they mean, and I do not think we understand federal-provincial-territorial collaboration, cooperation or the whole-of-government approach.

In 1994, I chaired a deputy minister's panel on working horizontally. That term does not refer to the prone position but, rather, to working collaboratively. We discovered the blindingly obvious. We had 450 years of collective public service experience, and we figured out that we need to align objectives. No one is against improving population health, but translating that goal into something that is manageable, and that provincial ministers of finance and treasury can support, is difficult.

Aligning objectives is crucial. Respecting jurisdiction is a no-brainer. Not being too territorial is also required, and that is much more difficult. Give credit, not blame, and reward people for good behaviour. Those basic principles of good management and good cooperation are required here.

How to operationalize those principles is much more difficult. Sometimes, there is a conjunction of forces that come together to allow it to happen. The National Child Benefit was one of those moments in time when we were lucky that there was collaboration among ministers.

I will use the example of Pierre Pettigrew as the Minister of Human Resources Development Canada and Stockwell Day as the Minister of Social Services in Alberta. They were not exactly political allies, but they worked in the same direction to improve the quality of health and income for children in poverty.

There are ways of making it happen, and I emphasize the need for that cooperation and collaboration. At the end of the day, I do not believe that the Canadian public rewards acrimonious politics. I think they reward success, and we need to play to the success.

M. Cappe : J'aimerais discuter de la collaboration. Il semble qu'il y ait un thème ou une tendance qui se dégage des conversations. Selon mon expérience au sein du gouvernement, un programme n'existe pas tant qu'il n'arbore pas un acronyme. J'aimerais qu'on crée plus de sigles et d'acronymes. Je veux parler de FPT et d'AGC.

L'un des mes anciens collègues m'a déjà dit que ce sont les apôtres de la création des acronymes au Bureau du Conseil privé qui permettent au gouvernement de fonctionner.

FPT signifie « fédéral-provincial-territorial », à savoir une collaboration entre ces ordres de gouvernement, et AGC renvoie à l'approche gouvernementale commune. Nous utilisons ces sigles en croyant savoir ce qu'ils signifient, mais je ne crois pas que nous comprenons en quoi consiste une collaboration ou une coopération fédérale-provinciale-territoriale, ou une approche gouvernementale commune.

En 1994, en tant que sous-ministre, j'ai présidé un groupe qui s'est penché sur le travail horizontal. Cette expression renvoie non pas à la position couchée, mais plutôt à la collaboration. Nous avons découvert ce qui était l'évidence même. Nous comptons 450 années d'expérience collective dans la prestation de services publics, et nous avons compris qu'il nous fallait harmoniser les objectifs. Nul ne s'oppose à l'amélioration de la santé publique, mais il est difficile de transformer cet objectif en quelque chose de gérable que les ministres provinciaux des Finances et du Conseil du Trésor peuvent appuyer.

L'harmonisation des objectifs est essentielle. Le respect des compétences n'est pas sorcier. Il est également important de ne trop se préoccuper des chasses gardées, mais cela nous donnera beaucoup plus de fil à retordre. Reconnaissons les bons coups, évitons de blâmer les autres et récompensons les personnes pour leur bonne conduite. Il est nécessaire d'adopter ces principes de base d'une bonne gestion et d'une bonne coopération.

Toutefois, il est beaucoup moins aisé de mettre ces principes en pratique. Parfois, la conjonction des forces de chacun nous permet d'atteindre nos buts. Nous avons eu la chance d'assister à la création de la Prestation nationale pour enfants, l'une des mesures qui sont le fruit d'une collaboration entre les ministres.

Pensons à l'époque où Pierre Pettigrew était ministre de Ressources humaines et Développement social Canada et Stockwell Day était ministre des Services sociaux du gouvernement de l'Alberta. Ils n'étaient pas exactement des alliés politiques, mais ils ont coordonné leurs actions pour améliorer la santé de la population et augmenter les prestations destinées aux enfants défavorisés.

Il y a des moyens d'y parvenir, et je souligne à grands traits le besoin de coopération. En fin de compte, je ne crois pas que les Canadiens soient en faveur d'un environnement politique acrimonieux. Je crois qu'ils préfèrent la réussite, et c'est ce que nous devons viser.

Dr. Reading: In terms of priorities, obviously I support a priority in the area of Aboriginal health. There is a perception, particularly within government, that First Nations and Inuit people want special treatment. What people want is equity. What people do not have is equity, and that principle is important.

What resonates in this government is this whole concept of First Nations and their special rights, et cetera. I am concerned that there will be some radical "fix" that will happen at some point in the future, but I cannot predict when. I am concerned about having a social safety net in place when that fix happens because it will be an experiment undertaken in realtime, with real people and with real wins and losses.

We forget that the highest rates of teenage suicide in the world are among Aboriginal kids, and that is a strong indicator of extremely difficult circumstances. We tend to turn a blind eye to those circumstances. It is out of sight, out of mind; let us not deal with that problem. Those circumstances can become better, but they can also become worse.

In terms of three concrete suggestions, first, frame the issue as a fundamental human rights issue. Second, look at income security, particularly directed towards families with children, and look at creating that social safety net for those families if they do not have one right now.

Third, there has been a lot of discussion about early childhood education, which I support, and I have been involved with Fraser Mustard and that group for a number of years. What people may not know is that there is only 25 per cent coverage of Aboriginal Head Start programs in this country. Certainly, a public policy lever would improve that to 100-per-cent coverage. We know it works. Seven generations of presidency in the United States have supported the Head Start program there. We know from the Perry Preschool Program and several other studies that it works.

In Canada, it is a no-brainer, especially in the Aboriginal communities.

Mr. Wright: Be sure to focus, wherever you go. You cannot be all things to all people. You cannot be the flavour of the month. We see that all the time. The issue must be dedicated, as we said earlier, championed and provided with leadership.

I think an excellent focus is children. We can all relate to children one way or another, whether we are grandparents or parents, or whether we were children once ourselves. Some of us still are. It is a tremendous opportunity to put a focus on all aspects. Aboriginal children are of particular note.

Le Dr Reading : Pour ce qui est des priorités, je crois évidemment qu'il faut mettre l'accent sur l'amélioration de la santé des Autochtones. On a tendance à croire, particulièrement au sein du gouvernement, que les Premières nations et les Inuits souhaitent obtenir un traitement de faveur. Or, ce qu'ils veulent c'est être traités équitablement. On ne les met pas sur un pied d'égalité avec le reste de la population, et le principe d'égalité est important.

Ce qui préoccupe le gouvernement actuel, c'est le concept même de Premières nations et leurs droits particuliers, et cetera. Je crains qu'on applique un jour une solution radicale pour régler la situation, mais je ne peux prédire quand cela se produira. J'espère qu'un filet social sera en place lorsqu'on décidera d'appliquer cette solution, car il s'agira d'une expérience effectuée en temps réel, avec de vraies personnes, de vrais progrès et de vrais échecs.

Il ne faut pas oublier que les jeunes Autochtones affichent le taux de suicide le plus élevé du monde, ce qui constitue un bon indice des circonstances extrêmement difficiles dans lesquelles ils évoluent. Nous fermons les yeux sur cette situation. On ne la voit pas, on n'y pense pas; n'essayons pas de régler le problème. Ces circonstances peuvent s'améliorer, mais elles peuvent également s'aggraver.

Voici mes trois propositions concrètes : premièrement, présentez les faits comme une question fondamentale de droits de la personne. Deuxièmement, penchez-vous sur la sécurité du revenu, particulièrement à l'égard des familles qui comptent des enfants, et pensez à mettre en place un filet social pour ces familles; s'il n'y en a pas à l'heure actuelle.

Troisièmement, on a longuement discuté de l'éducation de la petite enfance, principe que j'appuie, et j'ai participé aux activités du groupe de Fraser Mustard pendant un certain nombre d'années. Ce que les gens ne savent peut-être pas, c'est qu'il y a seulement 25 p. 100 des Autochtones du pays bénéficient du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Certes, un levier stratégique public permettrait d'appliquer le programme à la totalité des Autochtones. Nous savons que cela fonctionne. Sept présidents aux États-Unis ont tour à tour appuyé l'équivalent de ce programme là-bas. Grâce au Perry Preschool Program et diverses études, nous savons qu'un tel programme est efficace.

Au Canada, c'est l'évidence même, particulièrement dans les collectivités autochtones.

M. Wright : Assurez-vous de concentrer vos efforts, peu importe ce que vous entreprenez. On ne peut pas plaire à tout le monde. Il ne s'agit pas d'être la saveur du mois. C'est ce qui arrive constamment. On doit consacrer temps et efforts à cette cause, comme on l'a dit plus tôt, et la défendre en faisant preuve de leadership.

Je crois que nous pourrions concentrer nos actions sur les enfants. Tout le monde se sent interpellé par les enfants d'une façon ou d'une autre, qu'il s'agisse des grands-parents ou des parents, ou parce que nous-mêmes avons déjà été des enfants. Certains d'entre nous le sont toujours. Il s'agit d'une occasion

I encourage senators to think along those lines. The urban development agreements are a good model that can be utilized. One size does not fit all in terms of the provinces. The needs of every province are different, the needs of every municipality are different, and the urban development agreement has allowed for that flexibility.

The Chair: I totally agree. As a matter of fact, I had a preconception, and it will change according to what we hear as we go along. I had the preconception that when it came to programs, our top priority would be maternal health and early childhood development. I want to hear your comment that. I believe if a child is born of an unhealthy mother, that child is playing a losing game. Therefore, we need to back up to the mother.

With respect to the early childhood development situation, I teased an answer out of Ms. Potvin and Ms. Manson Singer this morning when they gave me the information I was looking for. That entire area will be important as to exactly how we deal with that situation so it is done right and so that there are not political movements that superficially pretend they are caring for kids and in fact, are doing them harm.

I want you to comment a little further on that point. I want to be sure I have your thoughts.

Mr. Wright: I think you have captured them more than adequately. I will begin at the beginning, which is with the parent and parenting skills; prenatal and post-natal.

I throw out a pitch for children's dental sealant programs, which is something small and simple. They make a tremendous difference in this country in many ways. The children cry out for a program of that nature.

I think you have it right. Proceeding step by step with great focus will produce great results.

Mr. Dodge: I do not have much to add because that is exactly where I would put the priority, as I said earlier.

You will have some nice wordsmithing to do, but one thing about focusing on the kid side is that you can express it in terms of creating opportunity. If someone does not start right, they are cooked from going on. That applies in all domains, but it is especially true in terms of living a healthy, productive life. You can then use that focus as a platform to deal with the special problems relating to Aboriginals, which are clearly in the federal

extraordinaire de cibler tous les aspects se rapportant aux enfants. Accordons également une attention particulière aux enfants autochtones.

J'encourage les sénateurs à penser ainsi. Les ententes sur le développement urbain sont un bon modèle à utiliser. Il n'y a pas un modèle unique qui sied à toutes les provinces. Les besoins varient selon les provinces et les municipalités, et les ententes sur le développement urbain peuvent être adaptées aux particularités.

Le président : Je suis tout à fait d'accord. En fait, j'avais des idées préconçues, et elles vont changer selon ce que nous entendrons au fil des interventions. Je croyais que, lorsqu'il était question des programmes, la priorité devait être accordée à la santé maternelle et au développement de la petite enfance. J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet. À mon avis, si un enfant naît d'une mère qui n'est pas en santé, il ne part pas du bon pied. Par conséquent, nous devons aider la mère.

En ce qui concerne le développement de la petite enfance, j'ai tiré les vers du nez à Mme Potvin et à Mme Manson Singer ce matin; elles m'ont donné la réponse que je cherchais. Dans ce dossier, il sera important de déterminer comment nous allons régler la situation pour que tout soit fait dans les règles de l'art et qu'aucun mouvement politique qui prétend se soucier des enfants mais qui, en réalité, leur fait du tort, ne puisse s'immiscer dans cette affaire.

J'aimerais que vous commentiez davantage ce point. Je veux être certain d'obtenir votre opinion.

M. Wright : Je crois que vous avez exprimé notre point de vue de façon plus que satisfaisante. Je vais commencer par le début, c'est-à-dire le parent et ses compétences ainsi que les soins prénataux et postnataux.

J'ai fait un argumentaire en faveur de programmes encourageant l'application d'une résine de scellement sur les dents des enfants, mesure qui est simple et facile à mettre en place. Ces programmes améliorent grandement la santé dentaire des enfants dans le pays. Les enfants ont besoin de programmes de cette nature.

Je crois que vous avez mis le doigt sur la solution. Si l'on procède étape par étape en concentrant nos efforts, nous obtiendrons des résultats incroyables.

M. Dodge : Je n'ai pas grand-chose à ajouter, car il s'agit exactement des questions que je juge prioritaires, comme je l'ai dit plus tôt.

Vous devrez jouer avec les mots, mais l'avantage, lorsqu'on concentre ses actions sur les enfants, c'est qu'on peut parler de création de possibilités. Si un enfant ne connaît pas un bon départ, il est cuit. Ce principe s'applique à tous les domaines, mais il est particulièrement pertinent lorsqu'il est question d'avoir une vie saine et productive. On peut alors utiliser ce point central comme une plateforme pour s'occuper des questions spéciales se

domain, and you can use it as a platform to deal with the Canada Child Tax Benefit. Some things are right in the federal domain.

You can also deal with the issue as part of the platform on the public health side. I do not think we ought to forget that it is incredibly important that the great program of inoculation continue, and we are experiencing middle-class resistance to that right at the moment.

That gives you a tree on which you can put a few branches that relate to, in particular, the federal domain.

Mr. Lewis: We would be open to the charge that this proposal is not very ambitious: This is the same conversation that has taken place at 10-year intervals since 1975. You are right. Everyone says we should invest in kids, but the dilemma is that we seem to have a steep discount rate for those kinds of investments, and nobody seems to care. Once the realization is six years, seven years, ten years or fifteen years out, interest wanes quickly and the programs are limited quickly.

Is your message only realpolitik and that is all you will get? Are you saying to the Senate committee, Forget about grand ambitions here and forget about Canada entering into Scandinavian territory on the inequalities front: Keep doing your Canadian thing in voluntary increments, make a little progress and chip away at it?

Do you think there is room, and I think the Senate subcommittee is interested in this point, for accelerating that kind of change?

Mr. Dodge: If you do not have focus, if you try to go on some big grand thing, given that there is no particular economic or perceived social crisis on your hands, you will not go anywhere. That is the practical side. Therefore, let us do something that we know has a real payoff. Unfortunately, as in all these things, you have to keep hammering at it time and time again.

You are trying to make it more salient. This is so important to all of us right now because everybody is worried about the aging society, and rightly so. The best way that a 20-year-old or a 30-year-old can ensure that there will be people to pay their pensions and so on is to give the five-year-old coming into the system the best possible start.

The dynamics at the moment, it seems to me, may actually favour going after the kids' issue. We are all worried about this population problem in a way that, 10 or 15 years ago, when we were trying to push the issue, was not there. You need to find a political hook, but this is the right thing to do. We have all sorts

rapportant aux Autochtones, ce qui relève clairement du gouvernement fédéral, et on peut s'en servir comme une plateforme pour aborder la question de la Prestation fiscale canadienne pour enfants. Certaines choses relevant de la compétence fédérale vont bien.

Vous pouvez également régler cet aspect en vous appuyant sur la plateforme relative à la santé publique. Je crois que nous ne devrions pas perdre de vue qu'il est primordial que l'excellent programme de vaccination soit maintenu, et, soit dit en passant, ce programme suscite actuellement des réticences chez les gens de la classe moyenne.

Nous avons donc un arbre auquel nous pouvons ajouter quelques branches qui pourraient atteindre, en particulier, le domaine fédéral.

M. Lewis : Nous prêterons alors le flanc à la critique qui considérerait que notre proposition n'est pas très ambitieuse. Nous tenons la même conversation qui s'est déroulée aux dix ans depuis 1975. Vous avez raison. Tout le monde affirme que nous devrions consacrer nos ressources aux enfants, mais le problème, c'est que le taux d'actualisation est très élevé lorsqu'il s'agit de faire ce genre d'investissement, et personne ne semble s'en soucier. Dès que la réalisation des objectifs s'échelonne sur 6, 7, 10 ou 15 ans, l'intérêt s'émousse rapidement, et les programmes sont rapidement soumis à des restrictions.

Votre message n'est-il que de la réalpolitik, c'est tout ce que vous allez obtenir? Est-ce le message suivant que vous tentez d'adresser au comité : « Oubliez vos grandes ambitions et n'essayez pas de rivaliser avec les pays scandinaves sur le front de la réduction des inégalités. Continuez d'appliquer la méthode canadienne consistant à y aller volontairement pas à pas, à faire des progrès modestes et à s'attaquer au problème petit à petit? »

Croyez-vous qu'il y a possibilité, et je crois que le sous-comité du Sénat s'intéresse à cette question, d'accélérer ce type de changement?

M. Dodge : Si vous n'avez pas un point central, si vous tentez de réaliser un exploit, compte tenu qu'il n'y a aucune crise économique ou sociale tangible sur laquelle vous appuyer, vous n'irez nulle part. Ce sont les aspects pratiques. Par conséquent, faisons quelque chose qui sera vraiment profitable. Malheureusement, comme dans toute chose, vous devez continuer de marteler le message encore et encore.

Vous tentez de faire ressortir davantage la question. Cette situation nous concerne tous à l'heure actuelle, car nous sommes tous préoccupés par le vieillissement de la population, et nous avons raison de l'être. En procurant à un jeune de cinq ans qui fait son entrée dans le système le meilleur départ possible, un jeune de 20 ou de 30 ans peut s'assurer qu'il y aura des gens pour payer sa pension.

Le contexte actuel pourrait en fait convenir à une approche visant les enfants. Nous sommes tous inquiets au sujet du déclin de la population, contrairement à il y a 10 ou 15 ans, lorsque nous tentions de soulever cette question. Nous devons trouver un appât politique, mais votre méthode est la bonne. Toutes sortes

of evidence that it works over time. This is the Senate, so it can speak the truth, and it seems to me that that direction is the way to go.

The reports from the Senate that have had a big impact are the ones that had a clear focus. I do not have any questions about it.

Mr. Wright: Sometimes, baby steps lead to giant strides. I want to see the agenda become gigantic, ultimately, but success breeds more success and so on. Start with the focus where you know you have a fighting chance. You know the provinces will be on side, and you are determined and you can move it forward. If you are successful, then the agenda opens up from there. Yes, we can be like whomever or whatever.

Ms. Potvin: I have four comments. If I had fewer, you would not believe that I am in academia. Let us be comprehensive and nuanced here.

The first comment is that something has not been said yet but I think should be said. It is from Len Syme, the University of Berkeley professor, who is at the forefront of all these fields, after all. I was with Len Syme last week. His main message, which is often forgotten, is that the paradigm needs to change here. If we still think in terms of diabetes, cardiovascular disease and cancer, we are talking about the consequences and not the causes. In infectious disease, we started to make huge headway when we talked about water-borne disease and air-borne disease. The same applies here. Canada is going backward, and this needs to be said, with a cancer initiative, a cardiovascular initiative, all those initiatives into which we put thousands and millions and hundreds of millions of dollars. This approach is going backwards. We should think in terms of the disease of poverty, the disease of low education, the disease of being Aboriginal and the disease of social isolation. These situations are the root causes. If we are still doing the disease thing instead of the causes, then we might still be there in 20 years.

Second, somehow I teach the history of public health when I have time. If public health has learned one thing over the 150 some years of its rejuvenation, it is that no single strategy is enough. We have two big strategies at this point in public health. We have an at-risk strategy, which was the Lalonde innovation, targeting the group at risk and lowering their risk. This strategy of at-risk had drawbacks, and blaming the victim was one; there were others. Then, in the 1980s and the 1990s, we developed the population strategy, and Canada was a big leader in that strategy as well, with population health all over the place. The population strategy has many benefits but also the drawback of increasing inequalities, and we can demonstrate that effect. We need a third layer of strategy that I would call a vulnerable population strategy, a strategy in which we address the root causes, the social determinants of health.

d'exemples nous confirment qu'elle fonctionne à long terme. Il s'agit du Sénat, donc il peut dire la vérité, et il me semble que vous devez prendre cette direction.

Les rapports du Sénat qui ont eu un gros impact sont ceux dont l'orientation était claire. Je n'ai aucun doute à ce sujet.

M. Wright : Parfois, en commençant par une démarche timide, on finit par faire des pas de géant. J'aimerais voir le programme devenir gigantesque, au bout du compte; la réussite entraîne toujours de nouveaux progrès. Canalisez tout d'abord votre énergie vers un objectif réaliste. Vous savez que vous aurez l'appui des provinces, vous êtes résolus et vous êtes capables d'aller de l'avant. À chaque nouvelle réussite, le programme s'ouvre à d'autres possibilités. Oui, nous pouvons faire comme n'importe qui ou n'importe quoi.

Mme Potvin : J'ai quatre commentaires. Si j'en avais moins, vous ne croiriez que j'évolue dans un monde universitaire. J'essaierai de faire en sorte que mon message soit exhaustif et nuancé.

Tout d'abord, je crois qu'on a omis quelque chose et qu'il faudrait en parler. Le commentaire est de Len Syme, professeur à l'Université de Berkeley, qui est, après tout, à l'avant-garde dans tous ces domaines. J'ai rencontré Len Syme la semaine dernière. Son principal message, qui est souvent oublié, est qu'il faut changer les paradigmes ici. Si nous pensons toujours à des facteurs tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer, nous parlons des conséquences et non des causes. En matière de maladies infectieuses, nous avons commencé à faire des progrès considérables au moment où nous avons abordé les maladies hydriques et les maladies aérogènes. La même notion s'applique ici. Le Canada va à reculons — et il faut le dire — en établissant une initiative sur le cancer, une initiative sur les maladies cardiovasculaires et toutes ces initiatives dans lesquelles nous versons des milliers et des millions et des centaines de millions de dollars. Cette démarche constitue un pas en arrière. Il faudrait plutôt penser à la maladie de la pauvreté, à la maladie du faible taux de scolarité ou à la maladie du statut d'Autochtone ou de l'isolement social. Ces situations constituent les causes fondamentales. Si l'on s'attaque toujours à la maladie plutôt qu'à ses causes, nous ferons peut-être du surplace pendant encore 20 ans.

Deuxièmement, je trouve le moyen d'enseigner l'histoire de la santé publique lorsque j'ai un moment. Si l'on a appris quelque chose en santé publique au cours de quelque 150 années d'évolution, c'est qu'aucune stratégie ne suffit en elle-même. Deux principales stratégies sont actuellement en vigueur sur le plan de la santé publique. La stratégie pour les personnes à risque, qui était l'idée de M. Lalonde, consiste à cibler le groupe à risque et de réduire son risque. Cette stratégie axée sur le risque comporte des lacunes, dont le blâme des victimes, entre autres. Ensuite, pendant les années 80 et 90, nous avons élaboré une stratégie axée sur la population, dans le cadre de laquelle le Canada jouait un grand rôle; la santé de la population était sur toutes les lèvres. La stratégie axée sur la population a beaucoup d'avantages, mais elle a aussi le défaut d'exacerber les inégalités, et nous pouvons le prouver. Nous avons besoin d'un troisième

My third point, to emphasize what Ms. Yeates emphasized that I had emphasized, is if anybody tells you, senator, that they have a solution, do not believe them. We will learn while trying. If we have learned anything in public health, it is that not knowing all the problems should not prevent us from acting. We would be foolish if we do not learn while we are doing something about an urgent problem. I think there would be a missed opportunity if your report did not call for more intervention research.

The Population Health Intervention Research initiative for Canada, under the leadership of the Institute of Population and Public Health and the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, CDPAC, attempts to align the interests of those who are engaged in intervention and those who are engaged in research.

It is not easy. I think those people are looking for an issue around which people will rally, challenge them to tackle health inequalities in Canada and intervene in that problem. That public support would do a lot of good.

Finally, I want to re-emphasize what Mr. Reading said, I have been in the business of research on health inequality for long enough to know that the only way we can experiment in trying to intervene is with the populations concerned.

It will not happen in Canada that somehow, somewhere, the federal government will solve the problems of those people. I think the federal government needs to take some leadership in that issue, and to listen to and engage with people.

I will end with a quote that I heard last week. I was in France for a conference on intervention in health inequalities, and someone quoted Nelson Mandela, saying that if someone is doing something for the poor without having them at the table, they are doing something against the poor.

Mr. Cappe: I want to come back to your question to Mr. Wright and Mr. Dodge. I think they had the right answer, but they dodged the question. The Senate committee must think big thoughts, that this report is an opportunity, and you should not look under the horizon but over the horizon. The answer to the question about ambition is that you need to be fairly ambitious.

I come back to the earlier exchange between Senator Segal and Mr. Dodge. I would say that Senator Segal was overreaching with his guaranteed annual income proposal. However, there was actually concordance by the end of the conversation, because Mr. Dodge was saying you have to use income support for families with young children and there are ways of solving that problem.

volet stratégique, que j'appellerais une stratégie axée sur les populations vulnérables, qui s'attaque aux causes fondamentales, soit les déterminants sociaux de la santé.

Troisièmement, pour insister de nouveau sur ce point clé que Mme Yeates a souligné que j'avais souligné, si quelqu'un vous affirme avoir la solution, sénateur, ne le croyez pas. C'est en agissant que nous apprendrons. Si la santé publique nous a montré quelque chose, c'est que le fait de ne pas connaître tous les problèmes ne devrait pas nous empêcher d'agir. Il serait insensé de ne pas tirer de leçon des mesures que nous prenons pour régler un problème urgent. Je crois que ce serait une occasion ratée si votre rapport ne mettait pas en relief le besoin de lancer de nouveaux travaux en recherche interventionnelle.

L'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, sous la direction de l'Institut de la santé publique et des populations et de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, l'APMCC, tente de concilier les intérêts de ceux qui participent à l'intervention et de ceux qui participent à la recherche.

Ce n'est pas facile. Je crois que ces gens cherchent un enjeu qui mobilisera la population, qui lui lancera le défi de s'attaquer aux disparités en matière de santé au Canada et d'intervenir à l'égard de ce problème. Un tel soutien du public ferait beaucoup de bien.

Enfin, j'aimerais souligner à nouveau le point qu'a apporté M. Reading. Je suis active dans le domaine de la recherche sur les disparités en matière de santé depuis assez longtemps pour savoir que la seule façon d'éprouver nos méthodes d'intervention est de travailler avec les populations concernées.

Il ne faut pas s'attendre à ce que le gouvernement fédéral du Canada ne résolve comme par magie les problèmes de tous ces gens. Je crois qu'il doit assurer une certaine direction dans cette affaire, écouter les gens et créer des liens.

Je vais terminer par une citation que j'ai entendue la semaine dernière. J'étais en France pour assister à une conférence qui portait sur l'intervention relative aux disparités en matière de santé, et quelqu'un, en citant Nelson Mandela, a déclaré que celui qui fait quelque chose pour les pauvres sans les consulter fait quelque chose contre les pauvres.

M. Cappe : J'aimerais revenir la question que vous avez adressée à M. Wright et à M. Dodge. Je crois qu'ils avaient la bonne réponse, mais ils ont éludé la question. Le comité sénatorial doit avoir de grandes idées, ce rapport présente une occasion, et il faut savoir élargir son horizon. La réponse à la question au sujet de l'ambition est qu'il faut être assez résolu à réussir.

Je reviens à l'échange qui a eu lieu plus tôt entre le sénateur Segal et M. Dodge. À mon avis, le sénateur Segal allait trop loin dans sa proposition de revenu annuel garanti. Toutefois, à la fin de la conversation, un consensus semblait s'installer, car M. Dodge faisait valoir qu'on devait se tourner vers un soutien du revenu pour les ménages ayant de jeunes enfants et qu'il existe plusieurs solutions à ce problème.

I do not think it is simply an option of thinking small or thinking big. My answer to your question — although you did not ask me — is that the Senate should have ambitious plans but that it should reluctantly accept modest actions. The kinds of solutions that Mr. Dodge and Mr. Wright were talking about would lead to improvements in the quality of population health. I do not think it is actually a choice.

Mr. Lewis: Tell me how that future looks different from the past. We have made modest improvements. We have better child intervention programs in 2008 than we had in 1990, and they were better in 1995, and every province developed a child action plan that was intersectoral and it was pretty good.

If the Senate says that whatever the trajectory is, we want to make a difference to the slope, hopefully upward, where is the hook for that change? If we state great ambitions, saying we want to be like Norway, that approach will not persuade anyone to make that change.

What can the Senate subcommittee do, say or package that would make people more excited about speeding up? I do not think we have sped up. I will put it on the table. I think the slope of that curve has not changed at all. In some cases, it has gone backwards. Inequalities are larger in this country in some respects than they were, because the prosperity has been unevenly distributed. That is the backdrop.

Mr. Cappe: The challenge for the committee, with all due respect, is to pull this big car down the highway with an elastic band; and if you pull too hard or too fast, the band will snap. However, if you pull it with the right amount of tension, you will move that car, if it is in neutral; and the car, as you have alleged, is in neutral.

The real challenge is that if you reach too far, the report will be only another report on a shelf. However, if you simply propose an increase in the Canada Child Tax Benefit, that is not particularly aspirational. It may be Canadian, but it is not aspirational.

Ms. Yalnizyan: Whatever this Senate committee report does, it must speak to the bigger picture, in particular, what the future looks like, with an aging society, on the one hand, and young families and newcomers whose incomes are increasingly unstable. There is greater inequality for that next generation, which is what all the Statistics Canada data keeps showing, report after report.

To be able to name that the social determinants of health are located in this particular conjuncture of facts is important. At various points in this document you say to include income, education and housing. Other issues have been brought to the

Je ne crois pas que le problème se résume à choisir entre penser à petite échelle ou bien envisager les choses dans leur ensemble. Ma réponse à votre question — bien que vous ne me l'ayez pas posée à moi précisément — est que le Sénat devrait avoir des idées ambitieuses, mais qu'il devrait hésiter à accepter des mesures modestes. Les types de solutions dont parlaient M. Dodge et M. Wright mèneraient à des améliorations de la qualité de la santé de la population. Je ne crois pas qu'il s'agisse en fait d'un choix.

M. Lewis : Dites-moi comment cet avenir est différent du passé. Nous avons fait des progrès modestes. Nous avons de meilleurs programmes interventionnels pour les enfants en 2008 qu'en 1990, et ils se sont améliorés en 1995, et chaque province a élaboré un plan d'action intersectoriel pour les enfants, et c'était très bien.

Si le Sénat déclare que, peu importe la démarche adoptée, il faut apporter un changement — positif idéalement —, à la courbe, qu'est-ce qui déclenchera ce changement? Si nous manifestons de grandes ambitions et affirmons que nous voulons être comme la Norvège, cette démarche ne persuadera personne d'apporter ce changement.

Qu'est-ce que le sous-comité sénatorial peut faire, dire ou présenter pour que les gens soient plus motivés à accélérer le processus? Je ne crois pas que nous allons plus vite. Je vais dire les choses comme elles sont. À mon avis, l'inclinaison de la courbe n'a pas changé du tout. Dans certains cas, la situation s'est détériorée. Les disparités dans ce pays, sur certains plans, sont plus importantes qu'elles ne l'étaient, parce que la richesse n'a pas été distribuée également. Voilà la toile de fond.

M. Cappe : Le défi que doit relever le présent comité, avec tout le respect que je vous dois, consiste à tirer une grosse voiture sur l'autoroute à l'aide d'un élastique; si vous tirez fort ou trop vite, l'élastique va céder. Toutefois, si vous y appliquez la bonne tension, vous ferez avancer cette voiture, à condition que le moteur soit au point mort; et le moteur, comme vous l'avez fait valoir, est bel et bien au point mort.

Le vrai défi à relever est le suivant : si vous tirez trop fort, le rapport ira se joindre aux autres qui reposent sur les tablettes. En contrepartie, si vous proposez tout simplement d'augmenter la Prestation fiscale canadienne pour enfants, la mesure n'est pas particulièrement ambitieuse. C'est peut-être une solution canadienne, mais ce n'est pas une solution ambitieuse.

Mme Yalnizyan : Quoi que soit la teneur du rapport du comité sénatorial, il doit tenir compte de l'ensemble du tableau; particulièrement, de ce que nous réserve l'avenir, avec une population vieillissante, d'une part, et les revenus de plus en plus instables des jeunes familles et des nouveaux arrivants, d'autre part. Les disparités augmentent à l'égard de cette prochaine génération, comme le démontrent, de rapport en rapport, toutes les données de Statistique Canada.

Être capable de d'affirmer que les déterminants sociaux de la santé influent sur cette situation particulière est important. À différents endroits dans ce document, vous recommandez de tenir compte du revenu, du niveau de scolarité et du logement. D'autres

table, including how to engage people, particularly young people, who may be suicidal or who may not have the right supports to keep them moving along.

You should name the list. You should also name what other jurisdictions are working on, including your colleagues on other Senate committees.

For example, the housing issue has not been reinforced much around this table. We all know housing is one of the determinants of health. We all know there is a federal role to play here that has not been played for about a decade but that had been played previously, and could be again. Housing is something that your colleague, Senator Eggleton, could really focus on.

Create interlinkages in your reports to say: Here are all the different issues coming forward; we know what the elements are; this committee recommends substantial advances in income security and increasing the Canada Child Tax Benefit to a maximum of \$5,000, and we know what the price tag is on that increase.

You can do things that have been mentioned here that are discrete and that refer to all the other work that is being done in other directions.

Your question here is: What are the measures of success? First, political take-up is a measure of success. Having a plan that is doable and actionable, with associated price tags, I think, is helpful, as well as talking about the opportunity costs of not moving forward on those things.

It strikes me that the things mentioned consistently over the course of the day are a children's focus; a future focus; an opportunities focus, with one element being income-related and another element being support service-related; and obviously, a focus on Aboriginal populations. You have a little trinity that you could move forward on, but that trinity should not be the limit of it. The report should be couched in what the whole picture looks like: We suggest this approach and this is what other colleagues and other jurisdictions are moving forward with, which we endorse.

Mr. Osberg: You noted earlier that a number of provinces have instituted anti-poverty agendas and they are discussing anti-poverty policy as a major focus; not all provinces, but some of them. Whether it is because people are tired of stepping over the homeless downtown, or for whatever reason, this issue seems to be coming back on the agenda. It is not only about child poverty; it is also about adult poverty and what it says to everyone about the sort of society in which we live.

To pick up on something Ms. Potvin said, I am not so complacent that everything has been going in an upward direction. Many social indicators have not been going up. We see a big decline in the fraction of people who are caught by the

questions ont été mises de l'avant, dont la façon d'éveiller l'intérêt des gens, particulièrement des jeunes, qui peuvent être suicidaires ou ne pas avoir les bons soutiens pour les aider à continuer.

Vous devriez dresser la liste des facteurs. Vous devriez aussi préciser sur quoi travaillent les autres administrations, y compris nos collègues qui siègent à d'autres comités sénatoriaux.

Par exemple, la question du logement n'a pas beaucoup été abordée pendant la séance d'aujourd'hui. Nous savons tous que le logement est l'un des déterminants de la santé. Nous savons également que le gouvernement fédéral a négligé pendant environ dix ans un des rôles qu'il doit jouer; mais il a déjà joué ce rôle, et il pourrait le faire de nouveau. Le logement est un aspect sur lequel votre collègue, le sénateur Eggleton, pourrait vraiment insister.

Montrez l'interdépendance de tous ces éléments dans vos rapports. Ainsi, vous pourriez dire : voici toutes les différentes questions qui font surface; nous connaissons toutes leurs facettes; le comité recommande d'apporter des améliorations substantielles à la sécurité du revenu et d'augmenter le seuil maximal de la Prestation fiscale canadienne pour enfants à 5 000 \$, et nous savons quel sera le prix de cette augmentation.

Vous pouvez proposer des mesures distinctes qui ont été mentionnées ici, et qui rejoignent tous les autres travaux effectués dans d'autres secteurs.

Votre question est donc la suivante : comment mesure-t-on la réussite? Premièrement, l'appui des forces politiques constitue une mesure de la réussite. Le fait de disposer d'un plan qui est réalisable, que l'on peut mettre en branle, assorti de dépenses connexes, est utile, selon moi; on peut aussi parler du coût de renonciation causé par le maintien du statu quo.

J'ai remarqué que tout ce qu'on a mentionné au cours de la journée tourne autour des enfants, autour du futur, autour des possibilités; un point concerne le revenu, un autre concerne la prestation de services et un autre, évidemment, les populations autochtones. Vous avez établi-là une petite trinité que vous pourriez faire évoluer, mais vous ne devriez pas vous y limiter. Le rapport devrait s'appuyer sur une vue d'ensemble : nous proposons telle approche, voici ce qu'entreprennent d'autres administrations, et nous appuyons leur démarche.

M. Osberg : Vous avez observé plus tôt qu'un certain nombre de provinces ont mis en place des programmes de lutte contre la pauvreté et qu'elles envisagent la possibilité de considérer la lutte contre la pauvreté comme une priorité stratégique; pas toutes les provinces, mais certaines d'entre elles. Que ce soit parce que les gens en ont assez d'enjambrer les itinérants quand ils vont au centre-ville, ou pour n'importe quelle autre raison, cette question semble refaire surface dans le programme. Ce n'est pas seulement une question de pauvreté infantile : c'est aussi une question de pauvreté chez les adultes et de ce que cette situation laisse transparaître sur le genre de société dans laquelle nous vivons.

Pour revenir à quelque chose qu'a dit Mme Potvin, je ne pousserai pas la complaisance jusqu'à dire que la situation progresse. Beaucoup d'indicateurs n'affichent aucune amélioration. Nous observons un important déclin de la

social safety net when they become unemployed. We have large increases in the poverty gap, up by about half in Nova Scotia in recent years, for example. We see a lot of the stressors increasing now. We will see the impacts on health down the road as these people feed through the system.

When you said that no single measure in public health is a magic bullet for every ailment, I think everyone agreed. However, sometimes you can find a theme that draws together a whole bunch of other initiatives; a way in which you can establish coherence among a bunch of disparate types of intervention.

You phrased it as the “vulnerable population.” Another more positive way of thinking about it would be the idea of inclusive citizenship; that all citizens should have the benefits of what the favoured already have.

In that sense, it would come back to something Dr. Reading said at the start when he talked about the idea of the human rights and income security agendas. That was kind of duplicative because income security already falls under the United Nations Universal Declaration of Human Rights. In 1948, Canada signed on to the idea that security is a basic human right under article 25 of the universal declaration. We have had for a long time this rhetorical commitment to basic human rights.

Of course, everyone will sign on to the idea of childhood education. It must be a major priority. However, rights as a Canadian citizen do not suddenly terminate at age 22; they step in front of a bus at age 22, and *ciao*.

We also owe the less fortunate who have accidents after age 21 — or whatever age we pick to define as being less worthy of consideration — rights and obligations as members of our community who deserve the right to a healthy life and a healthy community.

I do not think that commitment will sap our national will to be a better society in any way at all. It will make us a stronger and healthier community. We can see that in the measurable health outcomes in physical ailments as well as in mental illness. You were talking about mental illness. We will see the benefits in many dimensions.

Senator Cook: I know our mandate today was to come and listen. However, I am preoccupied with questions that I need this learned table to help me with.

My Canada is a Canada that lives on subsidies and, sometimes, to be cynical, pilot projects. I think a lot of us who are trying to move forward face that reality.

proportion de gens qui profitent du filet de sécurité sociale lorsqu'ils perdent leur emploi. L'écart de pauvreté s'est beaucoup élargi — d'environ la moitié en Nouvelle-Écosse, par exemple au cours des dernières années. Nous observons actuellement une augmentation importante des sources de tension. Les impacts sur la santé finiront par se manifester, à mesure que ces gens passent dans le système.

Lorsque vous avez dit qu'aucune mesure particulière en santé publique ne constitue une panacée, je crois que tout le monde était d'accord avec vous. Toutefois, il est parfois possible de s'attacher à un thème capable d'englober toute une gamme d'initiatives; c'est une façon d'assurer la cohésion d'un ensemble d'interventions disparates.

Vous avez parlé de « populations vulnérables ». On pourrait envisager la chose sur un jour plus positif en introduisant l'idée de citoyenneté inclusive; c'est-à-dire que tous les citoyens auraient accès aux mêmes avantages que les plus favorisés.

En ce sens, cela reviendrait à quelque chose qu'a dit M. Reading au début, lorsqu'il a parlé des priorités en matière de droits de la personne et de sécurité du revenu. Cette idée était un peu redondante, car la sécurité du revenu est déjà visée par la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies. En 1948, le Canada a souscrit à l'idée selon laquelle la sécurité est un droit de la personne fondamental en vertu de l'article 25 de la Déclaration universelle. Cet engagement théorique à l'égard des droits de la personne fondamentaux existe depuis un bon moment.

Il va sans dire que tout le monde souscrira à l'idée de l'éducation pour les enfants. Cela doit être une priorité majeure. Toutefois, les droits d'un citoyen canadien ne s'envolent pas soudainement dès qu'il atteint l'âge de 22 ans — il se fait heurter par un autobus à 22 ans, et c'est fini.

Nous sommes aussi responsables des personnes défavorisées qui ont un accident après l'âge de 21 ans — ou peu importe l'âge que nous choisissons pour définir qu'une personne cesse d'être digne de considération —, de protéger leurs droits et leurs obligations à titre de membres de notre collectivité, qui ont le droit de vivre en santé dans un milieu sain.

Je ne crois pas que cet engagement minera notre volonté nationale de parfaire la société de quelque façon que ce soit. Il fera de nous une collectivité plus forte et plus saine. Les résultats mesurables en matière de santé, dans le domaine des troubles physiques comme des maladies mentales, en témoignent bien. Vous parliez de la santé mentale. Nous verrons les avantages sur de nombreux plans.

Le sénateur Cook : Je sais que notre mandat aujourd'hui consistait à vous écouter. Toutefois, je suis préoccupé par certaines questions, et j'aurais besoin de l'aide des témoins experts.

J'envisage le Canada comme un pays qui s'appuie sur les subventions et, parfois, passez-moi le cynisme, les projets pilotes. Je crois que beaucoup d'entre nous, qui tentent d'aller de l'avant, font face à cette réalité.

We are a mercantile society. We will need money because without it we cannot do much.

I wonder how far governments can intrude in the lives of people while carrying out its mandate. The nature of this democracy is: We no sooner fix something and then a new group comes and they invent something else.

How can we move what you are helping us to wrestle with? Following that, how can we move beyond that point?

I confess that I know little about the workings of the Canadian Institute for Health Information, CIHI. Ms. Yeates, you have all this information. How available is that information? Are there restrictions on it?

We are a country called Canada, but we are really provinces and territories. It seems that if we pull on the tension too much we will skew the whole thing.

At the moment, I am sitting here paralyzed on which way to move. I think by the time I reach Newfoundland tonight I will have figured it out.

The world changes, but we are still people. When Mr. Butler-Jones used the word "outports," I thought, Oh, good. I can get my warm fuzzy. I was born in one of those outports when life was much simpler. Somewhere or another, this society has passed that time by. The people are still the same and the needs are the same. However, everything is so complex we do not know how to be the best that we can be for them.

. Who can help me explore this issue?

Ms. Yeates: I will tackle the CIHI portion of your question, and that will give others time to answer the other portions, as well.

The country is complex. I was a provincial deputy minister for many years; not from Newfoundland and Labrador but from Saskatchewan.

I am cognizant that the country is made up of provinces, territories, communities, cities and others. In some ways, the federal government or the federal level may not be the right place for all things. It is the right place for other things.

I am happy to say that I think CIHI is one of the pieces that work reasonably well. I am biased, of course. I think it is because CIHI is not a federal institution; it has ownership and control from the health sector. I think there are a couple of federal people on our board. Mostly, there are provincial deputy ministers and there are people from the health sector. They tell us what information they need and we make it available to them.

The answer to the question, is it available is yes, very much so. Obviously, the privacy restrictions apply. Record-level data is not as available. However, we have a mandate to make the data available first and foremost to those who run and fund the system. We do that. Researchers use our data regularly.

Nous sommes une société mercantile. Nous avons besoin d'argent; sans cela, nous ne pouvons pas faire grand-chose.

Je me demande jusqu'à quel point les gouvernements peuvent s'immiscer dans la vie des gens pour réaliser leur mandat. C'est la nature même de la démocratie : dès que nous avons réparé quelque chose, un nouveau groupe arrive et invente autre chose.

Comment peut-on faire évoluer les sujets que vous nous aidez à comprendre? Ensuite, comment peut-on aller plus loin?

J'avoue que je connais peu les rouages de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou l'ICIS. Madame Yeates, vous disposez de toutes ces données. Dans quelle mesure sont-elles accessibles? Existe-t-il des restrictions?

Nous formons un pays appelé le Canada, mais en réalité, nous sommes des provinces et des territoires. Il me semble que, si nous tirons trop fort, nous causerons un déséquilibre.

À l'heure qu'il est, je suis ici, paralysée parce que je ne sais pas quelle direction prendre. Je crois que, lorsque je serai rendue à Terre-Neuve ce soir, j'y verrai plus clair.

Le monde change, mais nous n'en sommes pas moins des personnes. Lorsque M. Butler-Jones a parlé des villages à Terre-Neuve, « Bravo », ai-je pensé. Cela m'a fait chaud au cœur. Je suis née dans l'un de ces villages, à l'époque où la vie était beaucoup plus simple. À un moment ou à un autre, notre société a changé. Les gens sont toujours les mêmes, et ils ont les mêmes besoins. Toutefois, tout est tellement complexe que nous ne savons pas quelle serait la meilleure mesure à prendre pour eux.

Qui peut m'aider à approfondir cette question?

Mme Yeates : Je vais répondre au volet de votre question qui porte sur l'ICIS, et cela laissera le temps à d'autres de répondre aux autres parties de votre question.

Le pays est complexe. J'ai été sous-ministre provinciale pendant nombre d'années; pas à Terre-Neuve-et-Labrador, mais en Saskatchewan.

Je comprends que le pays est composé de provinces, de territoires, de collectivités, de villes et ainsi de suite. À certains égards, le gouvernement fédéral n'est peut-être pas le mieux placé pour s'occuper de tout. Il est l'autorité compétente pour certaines questions.

Heureusement, l'ICIS est l'un des organes qui fonctionne assez bien. J'ai un parti pris, bien sûr. Je crois que c'est parce que l'ICIS n'est pas une institution fédérale; il est pris en charge et dirigé par le secteur de la santé. Je crois qu'il y a quelques représentants du gouvernement fédéral au sein de notre conseil d'administration. Il est principalement composé de sous-ministres provinciaux et de représentants du secteur de la santé. Ils nous disent de quelle information ils ont besoin, et nous la leur fournissons.

Pour répondre à la question de savoir si l'information est accessible : absolument. De toute évidence, les restrictions visant à assurer le respect de la vie privée s'appliquent. Les données provenant de dossiers médicaux ne sont pas disponibles. Toutefois, nous avons le mandat de rendre les données

A third priority area for us is the general public. While they tend not to comb through the data, we certainly write all our reports with that voice; we try not to be technical, and put out messages and press releases that people can understand. The home care money is either going up or it is going down. The waiting times are going up or going down. The money is flowing here or there. We give people that kind of information as plainly as we can.

We try to fulfill that role. While I am sure not every Canadian finds health information as interesting as I do, we are pleased with the uptake, especially on the web. The hits are enormous. People spend a lot of time there. They spend on average 20 minutes. The numbers go up by hundreds of thousands every year.

Our sense is that people are interested in information if they understand it and if we make it clear to them. That is why indicators can be powerful because they encapsulate so much that is complex into something we can monitor.

Mr. Lewis: I extend this invitation to the senators who have been listening patiently: If you have questions or comments that you want to put on the table of specific people or generally, it is a good opportunity to do so here in this last session.

Ms. Lynkowski: I think the report needs to speak strongly to the need for intersectoral leadership. I do not mean only collaboration but a new and innovative way of looking at how we take intersectoral action. Ms. Bégin gave us a couple of examples of how that leadership might be implemented: a cabinet committee or whatever that might be. However, the report is an opportunity to articulate innovative mechanisms to deal with a specific issue such as early childhood. It needs to come out strong on that point.

This may sound self-serving. In the meantime, public health traditionally deals with these kinds of issues. Until we reach Utopia where we function in an intersectoral way, we need to recognize that public health will be called upon for this kind of response and will continue to be called upon at a community level. We need to ensure there is capacity at that level. The report needs to speak to that need, even if it seems like old news. As we discussed, our ability to respond still remains a problem.

I believe this report is an opportunity to make a compelling, inspirational case about why this issue is important to Canadians. With all due respect, some of us will not be here forever to continue to move this issue forward. I know I will not be nor will the esteemed senators. I have seen a lot of reports sit on a shelf.

accessibles en priorité à ceux qui dirigent et financent le système. C'est ce que nous faisons. Les chercheurs utilisent nos données régulièrement.

Un troisième secteur d'intérêt pour nous est le grand public. Même s'il n'a pas tendance à analyser les données, nous rédigeons tous nos rapports à son intention; nous tentons d'éviter le jargon, et nous formulons nos messages et nos communiqués de presse pour que les gens puissent les comprendre. Le financement destiné aux soins à domicile augmente, ou bien il diminue. C'est la même chose pour le temps d'attente. L'argent va dans une direction ou dans une autre. Nous donnons ce genre de renseignements aux gens, et veillons à ce qu'ils soient aussi compréhensibles que possible.

Nous tentons de jouer ce rôle. Je suis certaine que chaque Canadien ne partage pas mon intérêt pour les données relatives à la santé, mais je suis heureuse du degré de consultation, surtout sur Internet. Le nombre de personnes qui accèdent au site est énorme. Les gens y passent beaucoup de temps, 20 minutes en moyenne. Les chiffres augmentent par centaine de milliers chaque année.

Nous considérons que les gens sont intéressés par l'information s'ils la comprennent et si nous pouvons faire en sorte qu'elle soit claire. C'est là l'intérêt des indicateurs, car ils englobent une foule d'éléments complexes dans une forme que nous pouvons survenir.

M. Lewis : Je lance l'invitation aux sénateurs, qui écoutent patiemment depuis un bon moment : si vous avez des questions ou des commentaires que vous aimeriez adresser à des personnes en particulier ou à l'ensemble des personnes ici présentes, c'est un bon moment pour le faire, puisque c'est la dernière séance.

Mme Lynkowski : Je crois que le rapport devrait insister sur la nécessité d'une direction intersectorielle. Je parle non seulement de collaboration, mais d'une façon novatrice d'envisager l'adoption des mesures intersectorielles. Mme Bégin nous a donné quelques exemples de la manière de mettre en œuvre cette direction : un comité du Cabinet, ou autre chose. Toutefois, le rapport présente une occasion de décrire le fonctionnement d'un mécanisme novateur réservé à une question particulière, comme la petite enfance. Le rapport doit mettre ce point en valeur.

Cela peut paraître intéressé. En attendant, c'est la santé publique qui traite normalement de ce genre de questions. Jusqu'à ce que nous atteignons l'utopie et que nous fonctionnions de façon intersectorielle, nous devons reconnaître que la santé publique sera appelée à mener ce genre d'intervention et continuera de jouer ce rôle à l'échelon communautaire. Nous devons nous assurer qu'il existe une capacité à cet échelon. Le rapport doit mentionner cette nécessité, même si l'on croirait que ce n'est pas nouveau. Comme nous l'avons dit, notre capacité de réagir demeure problématique.

Je crois que le rapport présente une occasion de mettre en avant un argument convaincant et inspirant pour démontrer pourquoi cette question est importante pour les Canadiens. Avec tout le respect que je vous dois, certains d'entre nous ne seront pas toujours ici pour continuer à faire évoluer cette question. Je sais

We know which ones they are. We need that kind of grassroots political will, and you need that healthy public outrage to keep something moving in spite of whether we will be at this table. This report has an opportunity to create that will.

The Chair: Ms. Lynkowski, we purposely did not involve community organizations around the table because we wanted to focus on the top level federal strategy. We have planned a number of visits to communities with organizations in place that I think can bring together the 12 determinants of health.

In my opinion, there are two big defects, and I expressed them this morning. One is that we do not have leadership at the top, and Ms. Bégin dealt with that point. She said we need a cabinet committee such as they have in Britain and Australia, with no mincing of words, and that it must be led from the top.

At the community level, where these determinants of health come together, we need to deal with everything that causes health disparities in the communities and try to change that situation. Structures must be put in place.

Senator Eggleton mentioned that cities and municipalities already have a sort of infrastructure to deal with this issue, but I think we must look at smaller community organizations where people in the community have real hands-on involvement.

I would go even further than this suggestion. I think public health should be integrated with the community health and social service support systems. In other words, instead of trying desperately to supply the resources to deal with what could be hair-raising issues in public health, such as a pandemic, for example, we build a connectivity to work with the community resources. I would like some discussion about that suggestion.

I raised this point with Dr. Butler-Jones about a year ago, and he educated me about the difficulties of implementing something like that, but I want him to repeat them on the record.

Ms. Lynkowski: There are challenges with that suggestion. Sometimes they work together in spite of the fact that we have not imposed a structure, and that is when it happens most successfully.

Having federal leadership that provides a catalyst and facilitation as well as acknowledging the need for increased tools and capacity would help to move that suggestion along.

Dr. Butler-Jones: Connectivity is key. My concern about structural responses to a problem is that we tend to jump to them rather than determining what elements we are trying to accomplish. Many of these things need an actual home or hearth. Public health thinks about communities and the approaches to

pour ma part que je ne le serai pas, et il en va de même des honorables sénateurs. J'ai vu beaucoup de rapports oubliés sur une tablette. Nous savons de quels rapports il s'agit. Nous avons besoin de cette volonté politique fondamentale, et vous avez besoin de cette saine indignation du public pour que les choses continuent à bouger lorsque nous ne serons plus là. Le rapport présente une occasion de faire naître cette volonté.

Le président : Madame Lynkowski, nous avons délibérément omis d'inviter des organismes communautaires à participer à la réunion, car nous voulions axer la discussion sur la stratégie fédérale globale. Nous avons prévu un certain nombre de visites dans des collectivités où des organismes sont en place qui, à mon avis, peuvent traiter des 12 déterminants de la santé.

Selon moi, il existe deux grands défauts, que j'ai exposés ce matin. D'une part, nous n'avons pas de leadership à l'échelon supérieur, et Mme Bégin a parlé de ce point. Elle a signalé la nécessité d'établir un comité du Cabinet, comme on le fait en Grande-Bretagne ou en Australie, et a déclaré sans ambages que ce comité doit être dirigé par les plus hautes instances.

À l'échelon communautaire, où ces déterminants de la santé deviennent tangibles, nous devons réagir à tous les aspects qui sont à l'origine des disparités en matière de santé dans les collectivités et tenter de changer la situation. Des structures doivent être établies.

Le sénateur Eggleton a mentionné que les villes et les municipalités disposent déjà de mécanismes pour traiter de cette question, mais je crois que nous devons nous pencher sur le cas des organismes des petites collectivités, où les gens mettent vraiment la main à la pâte.

J'irais encore plus loin que cette suggestion. Je crois que la santé publique devrait être intégrée aux systèmes de soutien des services sociaux et des services de santé communautaires. En d'autres mots, au lieu de tenter désespérément de fournir les ressources nécessaires pour réagir à un éventuel problème de santé publique à grande échelle, comme une pandémie, par exemple, nous devrions créer un réseau pour travailler avec les ressources communautaires. J'aimerais qu'on discute de cette proposition.

J'ai attiré l'attention du Dr Butler-Jones sur cette question il y a environ un an, et il m'a expliqué la difficulté de mettre en œuvre une telle structure, mais j'aimerais qu'il le répète, pour le compte rendu.

Mme Lynkowski : Cette proposition entraîne effectivement des difficultés. Parfois, les secteurs collaborent malgré l'absence d'une structure imposée, et c'est à ce moment-là que les choses s'accomplissent avec le plus de succès.

Un leadership fédéral, qui permettrait de déclencher le processus, de faciliter l'obtention de résultats et de reconnaître le besoin de renforcer les outils et la capacité, aiderait concrétiser cette proposition.

Dr Butler-Jones : Le réseau est la clé. Ce qui me préoccupe des solutions d'ordre structurel à un problème, c'est que nous avons tendance à vouloir les mettre en œuvre immédiatement au lieu de déterminer précisément ce que nous tentons d'accomplir. Beaucoup de ces éléments doivent être ancrés à quelque chose.

them a little differently than hospitals do in terms of role and engagement. It has one foot on the social science and social services side and one foot on the medical sciences and epidemiological side. It is really the connectivity that is important.

I also have a great belief that communities organize themselves in ways that suit their needs based on the problems they face. Many communities naturally do many things to which we aspire, either nationally or provincially, because of the nature of the work and the engagement. They cannot afford not to work together. It is important to encourage and foster that working together. I am not sure it is a structural solution in terms of putting them all in the same place, but perhaps there could be shared space for certain facilities. There is a range of ways to work together.

I would go back to focusing on what we are trying to accomplish and what will help us move in that direction. That focus, in a way, would allow communities to develop their structures as it makes sense for them. The concepts that underlie this issue and the issues you are trying to address are essential.

Senator Fairbairn: You were looking for language. I have been working on literacy since soon after I became a senator in 1984. Literacy was not an issue then. In the Senate we had a special committee studying youth across the country, and literacy popped up everywhere we went. Literacy became my life, and it still is.

People often listen when we say that we are taking this measure so every Canadian can have a fair chance — a fair chance at many of the issues we have talked about today. For some reason, that approach works. If you want to play with that, feel free.

Ms. Bégin: On the question of eventually reuniting social affairs with public health, it is 15 years since health and welfare were divided. Human Resources and Social Development Canada is the welfare part of the old department. It went through several restructurings during these 15 years. These restructurings are one reason not to destabilize the department even more. I do not think it is a solution in itself. There are times when an electric shock is a solution and times when it is not. I cannot immediately see the interest.

In addition, as Mr. Butler-Jones said very well, the constituencies of the Public Health Agency of Canada and of HRSDC are not the same. I think that other methods of collaboration would be simpler and more pragmatic and would yield the same results.

La perspective de la santé publique concernant le rôle et la mobilisation des collectivités et la façon de les aborder diffère quelque peu de celle des hôpitaux. La santé publique a un pied du côté des sciences sociales et des services sociaux, et l'autre du côté des sciences médicales et de l'épidémiologie. C'est vraiment le réseau qui importe.

Je crois aussi fermement que les collectivités s'organisent elles-mêmes de façon à combler leurs besoins en fonction des problèmes auxquels elles sont confrontées. De nombreuses collectivités font déjà naturellement une grande partie de ce que nous tentons d'accomplir, à l'échelon national ou provincial, en raison de la nature de leur travail et de leur engagement. Elles ne peuvent se permettre de ne pas collaborer entre elles. Il est important d'encourager et de favoriser la collaboration. Je ne suis pas certain que ce soit une solution structurelle, dans le sens où on les mettrait tous au même endroit, mais peut-être que certains établissements pourraient partager un espace. Il y a toute une gamme de façons de collaborer.

Je reviendrais à la méthode consistant à axer nos démarches sur le résultat que nous tentons d'accomplir et ce qui nous aidera à avancer dans cette voie. D'une certaine façon, cela permettrait aux collectivités d'adopter la structure qui leur convient. Les concepts qui sous-tendent cette question et celles que vous tentez de régler sont essentiels.

Le sénateur Fairbairn : Vous vous interrogez sur la façon de présenter la question. J'ai commencé à travailler sur l'alphabétisation peu après ma nomination comme sénateur, en 1984. L'alphabétisation n'était pas un sujet à la mode à cette époque. Au Sénat, un comité spécial étudiait les jeunes d'un océan à l'autre, et le problème de l'alphabétisation faisait surface partout. C'est alors devenu l'objet de ma carrière, et ça l'est toujours.

Bien souvent, les gens écoutent lorsque nous disons que nous prenons cette mesure pour que chaque Canadien ait une chance de composer avec nombre des problèmes dont nous avons discuté aujourd'hui. Pour une raison ou une autre, cette démarche fonctionne. Si vous voulez vous en inspirer, libre à vous.

Mme Bégin : Quant au regroupement éventuel des affaires sociales et de la santé publique, ces deux choses sont séparées depuis 15 ans. Ressources humaines et Développement social Canada est le volet « bien-être social » de l'ancien ministère. Ce ministère a fait l'objet de plusieurs restructurations durant ces 15 dernières années. Voilà l'une des raisons pour lesquelles il ne faut pas déstabiliser le ministère encore davantage. Je ne crois pas qu'une telle mesure soit une solution en soi-même. Certains problèmes se résolvent par une décharge électrique, mais ce n'est pas toujours le cas. Je ne vois pas l'intérêt dans le cas qui nous occupe.

De plus, comme l'a éloquentement signalé le Dr Butler-Jones, l'Agence de la santé publique du Canada et RHDSC ne s'intéressent pas aux mêmes groupes. Je crois qu'il existe des méthodes de collaboration plus simples et mieux adaptées à la réalité qui permettraient d'obtenir les mêmes résultats.

I believe it was Dr. Maurice LeClair who joined the health and welfare department around 1972. I inherited a department that had been both for at least five years. It was distinct in terms of operations. I easily navigated from one branch to the other, but there were eight branches, including administrative, and research and planning. In my eight years, I do not remember research and planning ever being involved in medicare, which was a huge dossier. Rather, the social policy people were involved. I benefitted from that structure, but restructuring is not necessarily the solution.

Dr. Reading: At this time of day, it is hard to make a unique contribution because most things have already been said. I am fortunate to be the product of a university environment, and I like to think I contribute back to that environment by being employed there.

I think we are missing the role of universities in terms of research, training and community service. We have all benefited from that role.

I was privileged to sit on the committee for the National Collaborating Centres for Public Health chaired by John Frank, which was funded by the Public Health Agency of Canada. There are 50 to 55 emerging schools of population or public health that are connected to universities and colleges across the country.

Where they are in terms of any kind of accreditation is unknown, but one thing to consider is a network of environments that look at population and public health, based at universities but connected to communities and regions because it is clear that all this activity happens at the regional level. We need to turn our attention to training the next generation of scientists, activists and people who will engage in education and practice around population and public health.

That training leads to calling for investments in the area of university-based programs that are connected. This field is an emerging one. It is multidisciplinary, cross-disciplinary and interdisciplinary, and those distinctions are subtle ones, but it is a specialized group. What tweaked me to think about it was when Mr. Butler-Jones talked about how these two domains connect. It is much broader than that, when we think about how a young person might come into this field, the perspectives they might bring to the field, and how those perspectives would evolve and be a Canadian contribution to the international discourse on population health. Canada has a great history and a good tradition in this area, but we need to take it into the future and figure out where to go. Including universities in the formula would be appropriate for the final report.

Mr. Cappe: I tried not to enter this discussion. I cannot help but comment on Ms. Bégin's and Dr. Butler-Jones' interventions. The organogramme of government is much less important than how people work together. I align myself with the viewpoints of Mr. Butler-Jones and Ms. Bégin. It would have been nice if

Je crois que c'est le Dr Maurice LeClair qui s'est joint au ministère de la Santé et du Bien-être social vers 1972. J'ai hérité d'un ministère qui avait joué les deux rôles pendant au moins cinq ans. Ils étaient distincts sur le plan opérationnel. Je passais facilement d'une direction générale à une autre, mais il en existait huit, y compris l'administration ainsi que la recherche et la planification. En huit ans, je ne me souviens pas d'une seule occasion où la Recherche et planification a touché au régime d'assurance maladie — dossier immense à l'époque. C'était plutôt le personnel des politiques sociales qui s'en chargeait. J'ai tiré des avantages de cette structure, mais la restructuration n'est pas une solution pour autant.

Dr Reading : À cette étape de la journée, il serait difficile de faire une intervention unique, car presque tout a déjà été dit. J'ai la chance d'être issu du milieu universitaire, et je me plais à penser que j'apporte à mon tour une contribution à ce milieu en y travaillant.

Je crois qu'il manque la contribution des universités sur le plan de la recherche, de la formation et des services communautaires. Nous avons tous profité de cette contribution.

J'ai eu le privilège de siéger à un comité pour les Centres nationaux de collaboration en santé publique, présidé par John Frank, qui était financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il y a de 50 à 55 nouvelles écoles de santé de la population ou de santé publique qui sont liées à des universités et à des collèges partout au pays.

J'ignore où elles en sont en termes d'agrément, mais l'une des choses à envisager est un réseau d'étude de la santé de la population et de la santé publique qui émane des universités, mais qui est lié aux collectivités et aux régions, car il est évident que toute cette activité survient à l'échelle régionale. Nous devons songer à la formation de la prochaine génération de chercheurs, de militants et de gens qui étudieront et feront carrière dans le domaine de la santé de la population et de la santé publique.

Cette formation justifie l'investissement dans les programmes universitaires dans ce domaine, qui est nouveau. Il est multidisciplinaire, transdisciplinaire et interdisciplinaire — ces distinctions sont subtiles —, mais il s'agit d'un groupe spécialisé. Ce qui m'a poussé à y songer est le discours du Dr Butler-Jones sur la manière dont ces deux domaines interagissent. C'est beaucoup plus large que cela : on peut imaginer un jeune choisissant ce domaine, y apportant son point de vue; on peut imaginer ces idées évoluant et se traduisant par une contribution canadienne au discours international sur la santé de la population. Les antécédents et la tradition du Canada à ce chapitre sont excellents, mais il faut reproduire ces exploits dans l'avenir et déterminer la direction à prendre. L'intégration de universités à la formule serait une recommandation appropriée pour le rapport final.

M. Cappe : J'ai tenté de ne pas entreprendre cette discussion. Je ne peux m'empêcher de commenter les interventions de Mme Bégin et du Dr Butler-Jones. L'organigramme du gouvernement est beaucoup moins important que la manière dont les gens collaborent. Je me range à l'avis du Dr Butler-Jones.

health and welfare were together, but it is not essential because they have to reach down the sleeve and pull it inside out to make it work. That is why I talked about aligning objectives.

We want a big group of people working in the same direction. If we think about who should be combined in this group, it is not health and welfare. It is HRSDC, as the current acronym is, the Department of the Environment, the Department of Natural Resources, the Department of Indian and Northern Affairs, Finance Canada, Health Canada, the Public Health Agency of Canada and so on. The list is long.

That leads me to the cabinet committee idea. I do not think a cabinet committee is the right way to go. It might be for a specific purpose. If we reach a point where there is an initiative that we are prepared to take, like an early childhood development program where the initiative becomes concrete, we might want a cabinet committee to deal with the initiative and move it along, but in a sense we want these departments and these ministers to work together much more informally. In everything they do, we want them to be aligned in focusing on improving population health in different ways.

Ms. Bégin: Regarding university training, and I cannot recall if the legislation included college training, but in June 1984, legislation was passed in the House entitled, if I remember correctly, Indian and Inuit Health Careers Program. That legislation was modelled on what a justice told me about legal training for First Nations at the time.

I was told that they cannot kill an act that fast or they do not put any money in it, but maybe someone can check. If you want to promote population health and knowledge amongst Aboriginal populations, that act can be revised and enlarged to include that and be put on the public agenda.

Ms. Potvin: I wanted to answer your question, Senator Keon, about where public health should be located. Look at Canada. Structurally, public health is located in many places, and it has evolved through the years. Nowadays, Quebec is reintegrating public health with the hospital and things like that. There are drawbacks and advantages to that approach. This integration raises a lot of fear that the budget will go to the hospital, but at the same time, it provides public health with a lot of opportunity to do some good work, given that the proper training is provided to people. One challenge now is to train those people who are administrators of those structures of public health.

To return to Dr. Reading's point, there is a general feeling in Canada that good will is enough, where it is not. We should train the right people in whatever the structure is, and the problem is not structural. The problem is having the right people with the

et de Mme Bégin. Ce serait bien que la santé et le bien-être social forment une entité, mais ce n'est pas essentiel, car leurs façons respectives d'envisager les choses sont inversées. Voilà pourquoi j'ai parlé d'harmonisation des objectifs.

Nous voulons qu'un gros groupe de personnes pousse dans la même direction. Si nous pensons aux entités qui devraient composer ce groupe, ce n'est pas la santé et le bien-être social. C'est RHDSC, selon son sigle actuel, le ministère de l'Environnement, le ministère des Ressources naturelles, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Finances Canada, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, et cetera. La liste est longue.

Ce qui m'amène à l'idée d'un comité du Cabinet. Je ne crois pas que ce soit la bonne solution — enfin, peut-être pour réaliser un objectif précis. Si nous arrivons à un point où nous sommes prêts à lancer une initiative, comme un programme de développement de la petite enfance, si une telle initiative devait se concrétiser, nous voudrions peut-être constituer un comité du Cabinet pour travailler au cheminement de l'initiative, mais d'une certaine façon, nous voulons que ces ministères et que ces ministres collaborent de façon beaucoup moins officielle. Nous voulons que chacune de leurs actions reflète un intérêt collectif à améliorer la santé de la population de différentes façons.

Mme Bégin : En ce qui a trait à la formation universitaire, je n'arrive pas à me rappeler si la loi prévoyait aussi la formation collégiale, mais, en juin 1984, la Chambre a passé une loi concernant — si mes souvenirs sont exacts — le Programme de carrière pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé. Cette loi était fondée sur ce que m'a dit un juge au sujet de la formation juridique de l'époque pour les Premières nations.

On m'a dit qu'on ne pouvait pas étouffer une loi aussi rapidement; sinon, on n'investirait pas, mais peut-être que quelqu'un pourrait vérifier. Si vous voulez promouvoir la santé et le savoir au sein de la population des peuples autochtones, la loi peut être révisée et sa portée peut être élargie pour inclure cela afin que cette question devienne une priorité du gouvernement.

Mme Potvin : Je voulais répondre à votre question, sénateur Keon, au sujet des secteurs où la santé publique devrait agir. Regardez le Canada. Sur le plan de la structure, la santé publique joue un rôle sur divers plans, et elle a évolué au fil des années. De nos jours, le Québec réintègre la santé publique dans le dossier des hôpitaux, par exemple. Il y a des inconvénients et des avantages à cette démarche. Cette intégration soulève beaucoup de crainte que le gros du budget soit affecté aux hôpitaux, mais, en même temps, la situation présente beaucoup d'occasions à la santé publique de prendre des mesures utiles, à condition qu'une formation adéquate soit dispensée aux gens. L'un des défis à relever actuellement est de former les gens qui administrent ces structures de la santé publique.

Pour revenir au point du Dr Reading, on a tendance à croire au Canada que la bonne foi suffit, alors que c'est faux. Il faut former les bonnes personnes, peu importe quelle est la structure car le problème n'est pas d'ordre structurel. L'enjeu consiste à

right training. The health personnel and public health personnel at this point in Canada, are not well-trained. That training is also a kind of constant that is said to be done but is not being done.

Senator Callbeck: Mr. Cappe raised the idea a minute ago that Ms. Bégin presented this morning about having a cabinet committee chaired by a powerful minister — the Prime Minister, the deputy prime minister or the minister of finance but preferably not the Minister of Health — and she suggested why.

Mr. Cappe, you said you did not agree with that idea. I take it that you think this should be an informal arrangement between ministers? Who should drive this arrangement?

Mr. Cappe: I will invoke Senator Eggleton's reference earlier to the front office. I do not dispute the premise that they need someone to drive this arrangement. Therefore, I would rather see all the actions of government focused on this issue and put through the lens of its impact on public health, as the fourth report recommends. However, I would put it in a mandate letter from the Prime Minister to the relevant ministers. All of them are relevant in one way or another. If the Prime Minister tells each minister to focus on the following three things, and one of those three things is the advancement of public health in Canada, it focuses the attention. The Prime Minister, as you know better than most people, has power only informally, but the Prime Minister has the ability to name ministers, and that is about all the power they need. Therefore, ministers will pay attention to that mandate letter. If the Prime Minister says, "I want you to report back in a year on what you did and how you cooperated with your colleagues to advance the agenda," then I have more confidence in that approach than I do in an institutionalized cabinet committee with a secretariat and cabinet documents being prepared and a lot of paper being printed, which might not advance the agenda much.

Ms. Browne: As much respect as I have for public health, I want to go to the more compelling thing. I would unite public health with community and social services because the burden and the cost of so many problems are there, in terms of income maintenance, disability pensions and so forth whatever. I realize public health has different emphases, such as community capacity and development. They are good at that. However, our public health department would say half the people they work with are on social assistance. However, at the time, they only had 4,600 visits a year, and there were a hundred thousand people on social assistance. Public health has been so badly underfunded over the years that I am not sure it has the capacity to take the lead.

recruter les personnes qui ont reçu la bonne formation. À l'heure actuelle, au Canada, le personnel en santé et en santé publique n'est pas bien formé. On dit toujours que la formation nécessaire est dispensée, mais elle ne l'est pas.

Le sénateur Callbeck : M. Cappe vient de revenir sur l'idée que Mme Bégin a présentée ce matin au sujet de l'établissement d'un comité du Cabinet présidé par un ministre puissant — le premier ministre, le vice-premier ministre ou le ministre des Finances, mais, idéalement, pas le ministre de la Santé —, et elle a expliqué pourquoi.

Monsieur Cappe, vous avez exprimé votre opposition à cette idée. J'en déduis que vous croyez qu'il devrait plutôt s'agir d'un arrangement informel entre les ministres? Qui devrait diriger cet arrangement?

M. Cappe : Je vais invoquer les propos antérieurs du sénateur Eggleton à l'égard du grand patron. Je ne remets pas en question la nécessité qu'une personne prenne les commandes de cet arrangement. Ainsi, j'aimerais mieux que toutes les mesures du gouvernement soient axées sur cette question et envisagées en fonction de son impact sur la santé publique, comme le recommande le quatrième rapport. Toutefois, je l'inscrirais dans une lettre de mandat du premier ministre aux ministres concernés. Tous les ministres sont concernés, d'une façon ou d'une autre. Si le premier ministre demande à chaque ministre de se concentrer sur trois choses, dont l'une serait l'avancement de la santé publique au Canada, l'attention serait canalisée. Le pouvoir du premier ministre, comme vous le savez mieux que la majorité des gens, est seulement officieux, mais il a la capacité de nommer les autres ministres, et c'est tout le pouvoir dont il a besoin. Ainsi, les ministres seront attentifs au contenu de la lettre de mandat. Si le premier ministre disait « Je veux que vous me présentiez des conclusions dans un an sur ce que vous avez fait et comment vous avez coopéré avec vos collègues pour faire avancer le programme », alors j'aurais davantage confiance en cette démarche qu'en un comité du Cabinet érigé en institution et assorti d'un secrétariat qui prépare des documents du Cabinet et imprime beaucoup de mots, ce qui risque de ne pas trop faire avancer le programme.

Mme Browne : Malgré tout le respect que j'ai pour la santé publique, j'insisterais sur un aspect plus pressant. J'unirais la santé publique et les services communautaires et sociaux, car c'est là que se trouvent le fardeau et le coût de tant de problèmes, comme le maintien du revenu, les prestations d'invalidité et ainsi de suite. Je comprends que la santé publique a différentes priorités, comme la capacité communautaire et le développement. Elle fait du bon travail à ces égards. Toutefois, les représentants de la santé publique affirmeraient que la moitié des gens avec qui ils travaillent bénéficient de l'aide sociale. Cependant, à l'époque, il n'y avait que 4 600 visites par année, tandis que des centaines de milliers de gens toucheraient de l'aide sociale. Le secteur de la santé publique a tellement été sous-financé au fil des années que je ne suis pas certaine qu'il soit en mesure de prendre les rênes.

To become involved in direct service with public health, someone had to come to the attention of someone else to be referred, whereas that is not the case in the social services, food banks and so forth.

The Chair: It is interesting when witnesses come before us and fundamentally, their stories are universal. They say, they have this problem, whether it is a mental health issue or whatever, and they had to take time off work and ran out of money and had no place to go and they are receiving psychiatric treatment. Then, when they walk out the door of, say, the Royal Ottawa Hospital they do not know anyone to help them obtain social assistance, housing, food and all this stuff.

Surely the government can come together and find a way of providing community resources that produce connectivity for these poor people to have a place to go. It seems to me this problem is a huge missing link in our health and social service organization in Canada at the present time.

Ms. Potvin alluded to integrating public health for hospitals. Again, I am not sure that is the way to go because we seem to have an inability to think of organizing anything in health that is not associated with hospitals and doctors. On this one, to effect the 12 determinants, we need some kind of community infrastructure that can talk about the 12 determinants, not only one of them.

When I wrap up, I will allude to why I am looking forward to working closely with the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples on this issue.

Dr. Butler-Jones: In part response to your comments, senator, and hopefully what I am trying to be clear about is that there are different structural solutions to address that. Many provinces now have integrated systems, at least for health and many social service components also under the same administration. The provinces do not necessarily talk to each other.

I worked as a medical officer in Ontario. We had close linkages with social services, with education, with municipalities and others and sat around tables where we thought through the implications of each of our program's activities to try to minimize the disconnects in the system.

One of Saskatchewan's approaches is to have fora for assistant deputy ministers and regional fora from all the different sectors, come together to think through the problems. There are different ways of approaching it. A few people have asked what we are trying to accomplish in this approach and the necessity of it. If the expectation is clear that the performance of CEOs, deputy ministers, ministers or others depends on our ability to work across sectors and ensure that these gaps do not occur, it is much more likely to be done, whatever the structure. No matter what the structure, if we do not have that expectation in place, we have

Pour profiter du service direct de la santé publique, le cas d'une personne doit attirer l'attention d'une autre personne qui la dirigera vers le service, alors que ce n'est pas le cas dans le secteur des services sociaux, dans les banques d'alimentation, et cetera.

Le président : Il est intéressant de voir que, lorsque des témoins viennent nous raconter leur histoire, leur récit est fondamentalement universel. Ils disent qu'ils ont un problème, que ce soit sur le plan de la santé mentale ou autre chose, qu'ils ont dû prendre congé du travail, ont manqué d'argent et n'avaient aucun endroit où aller, et qu'ils reçoivent des soins en psychiatrie. Ensuite, lorsqu'ils franchissent la porte, disons, de l'hôpital Royal d'Ottawa, ils ne connaissent personne qui peut les aider à obtenir de l'aide sociale, un logement, des repas et tout le reste.

Je suis certain que les gens au gouvernement peuvent se réunir et trouver une façon d'offrir des ressources communautaires afin de créer le réseau auquel peuvent s'adresser ces pauvres gens. Il me semble que ce problème constitue un énorme chaînon manquant dans l'organisation actuelle des services sociaux et des services de santé au Canada.

Mme Potvin a fait une allusion à l'intégration de la santé publique dans les hôpitaux. Encore une fois, je ne suis pas certain que ce soit la bonne façon de faire, car nous semblons incapables d'envisager l'organisation de quoi que ce soit en santé sans l'assimiler aux hôpitaux et aux médecins. Sur ce point, pour suivre les 12 déterminants, nous avons besoin d'une forme d'infrastructure communautaire qui peut s'intéresser aux 12 déterminants à la fois, pas seulement à l'un d'eux.

Lorsque je conclurai, je mentionnerai pourquoi je me réjouis à l'idée de travailler en étroite collaboration avec le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones sur cette question.

Dr Butler-Jones : Pour répondre en partie à vos commentaires, sénateur, et ce que je tente de préciser, c'est qu'il existe diverses solutions d'ordre structurel pour relever ce défi. Beaucoup de provinces sont désormais dotées des systèmes intégrés, du moins en ce qui concerne la santé et de nombreuses composantes des services sociaux regroupées sous la même administration. Les provinces ne se consultent pas nécessairement entre elles.

J'ai travaillé comme médecin hygiéniste en Ontario. Nous entretenions des liens étroits avec les services sociaux, le milieu de l'éducation, les municipalités et d'autres intervenants, et nous nous réunissions pour réfléchir aux conséquences éventuelles des activités de chacun de nos programmes afin de réduire au minimum les failles dans le système.

L'une des démarches de la Saskatchewan consiste à réunir les forums pour les sous-ministres adjoints et les forums régionaux pour tous les différents secteurs afin qu'ils réfléchissent aux problèmes. Il y a diverses façons d'aborder la question. Certaines personnes nous ont demandé ce que nous tentions d'accomplir par cette démarche et ont remis en question sa nécessité. Si on s'entend clairement sur le fait que le rendement des directeurs généraux, des sous-ministres, des ministres ou d'autres intervenants dépend de la capacité de nos secteurs de travailler ensemble et de s'assurer que de telles lacunes ne surviennent pas,

seen many of those structures where they are bunch of parallel silos even though they are down the hall.

The Chair: There is nothing left to do except to thank you all for spending this long and strenuous day with the committee. I am particularly appreciative of how many of you stayed around on a Friday afternoon. My experience with Friday afternoon meetings is they become badly depleted by about 2:30 p.m.

I was going to wrap up. I will not. You have heard all the conversations. I think you know where we need to go. We need to find a way of providing some leadership at the level of the federal government. What particular form that leadership takes we will need to consult some people and fine-tune this information.

I remain convinced that we also need to provide advice about how community services must be organized to bring together the determinants of health, whether it is around a town council or some other entity. A city the size of Toronto probably cannot approach this but there are many community organizations in Toronto where this issue can be discussed and where people understand the problem.

Our priority programs have not changed from day one. When we set out we thought they would be maternal health and early child development. I mean early child development in every sense of the phrase. The points are well taken that there must not be an abandonment at age three if these children are not ready to go to school yet. It must be an early life continuity of programs.

The other thing I feel we must address in all conscience even though it has been addressed in many ways, is Aboriginal health. Dr. Reading has been helpful, and the other people involved in Aboriginal health have been helpful. However, we must find a way of suggesting strategies to work around some of the tremendous difficulties that occur in moving an agenda through the Aboriginal community without interfering with their way of life and their own organizations. We have given that a lot of thought and I believe we can propose some structures that will help.

Finally, Ms. Yeates, we will nail you to the cross and be back over and over and over because we want to measure everything we are doing and see how we are doing it. You made the mistake, the first time you came before the committee, of saying you can do this measurement.

Thank you very much everyone.

The committee adjourned.

la réussite est beaucoup plus probable, peu importe la structure. Quelle que soit la structure, l'absence d'un tel consensus mènera, comme nous avons souvent vu dans le passé, à un cloisonnement où chacun travaille en parallèle, même si les autres se trouvent dans les bureaux à l'autre bout du couloir.

Le président : Tout ce qui reste à faire, c'est de vous remercier d'avoir passé cette longue journée exténuante avec le comité. J'apprécie particulièrement le fait que nombre de vous soyez restés par un vendredi après-midi. Selon mon expérience, les réunions du vendredi après-midi se vident considérablement dès 14 h 30 environ.

J'étais sur le point de faire une récapitulation, mais je ne le ferai pas. Vous avez entendu toutes les discussions. Je crois que vous savez où il faut aller. On doit trouver une façon d'assurer un leadership à l'échelon du gouvernement fédéral. Pour définir la forme particulière que prendra cette direction, nous devons consulter des gens et mettre au point l'information.

Je demeure convaincu qu'il faut également donner des conseils sur la façon d'organiser les services communautaires pour regrouper tous les déterminants de la santé, que cela s'articule autour d'un conseil municipal ou d'une autre entité. Pour une ville de la grandeur de Toronto, il est probablement impossible de procéder ainsi, mais il existe de nombreux organismes communautaires à Toronto qui peuvent discuter de cette question et qui comprennent le problème.

Nos programmes prioritaires n'ont jamais changé depuis le début. Lorsque nous avons commencé, nous pensions à la santé maternelle et au développement de la petite enfance. Et lorsque je parle du développement de la petite enfance, c'est dans tous les sens du terme. Nous avons bien compris qu'il ne faut pas abandonner l'enfant dès qu'il atteint l'âge de trois ans s'il n'est pas prêt à aller à l'école. Il doit y avoir continuité des programmes qui s'adressent à la petite enfance.

L'autre chose sur laquelle je crois que nous devons nous concentrer, en toute conscience, même si la question a déjà fait l'objet de nombreuses mesures, est la santé des Autochtones. Le Dr Reading a apporté une contribution, ainsi que les autres personnes actives dans le milieu de la santé des Autochtones. Toutefois, nous devons parvenir à proposer des stratégies qui permettront de surmonter les énormes difficultés qui surviennent lorsqu'on tente de faire avancer un programme dans la collectivité autochtone sans intervenir avec son style de vie et ses propres organismes. Nous avons beaucoup pensé à cet aspect et je crois que nous pouvons proposer des structures qui seront utiles.

Enfin, madame Yeates, nous vous ennuyons encore et vous inviterons encore, car nous voulons tout mesurer ce que nous faisons pour voir si nous réussissons. Vous avez fait l'erreur, la première fois que vous êtes venue témoigner devant le comité, de vous proposer pour faire cela.

Merci beaucoup à tous et à toutes.

La séance est levée.

SENATE



SÉNAT

***POPULATION HEALTH POLICY:
FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL PERSPECTIVES***

Third Report of the Subcommittee on Population Health
of the Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

Chair

The Honourable Wilbert J. Keon

Deputy Chair

The Honourable Lucie Pépin

April 2008

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:

www.parl.gc.ca

(Committee Business – Senate - Recent Reports)

39th Parliament – 2nd Session

TABLE OF CONTENTS

| | |
|---|----|
| ORDER OF REFERENCE | i |
| MEMBERSHIP | ii |
| EXECUTIVE SUMMARY | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| CHAPTER 1: THE FEDERAL GOVERNMENT | 5 |
| 1.1 MAIN FINDINGS | 5 |
| 1.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 6 |
| 1.3 MONITORING AND EVALUATION | 13 |
| 1.4 ABORIGINAL HEALTH..... | 16 |
| CHAPTER 2: ALBERTA | 18 |
| 2.1 MAIN FINDINGS | 18 |
| 2.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 18 |
| 2.3 MONITORING AND EVALUATION | 21 |
| CHAPTER 3: BRITISH COLUMBIA | 23 |
| 3.1 MAIN FINDINGS | 23 |
| 3.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 23 |
| 3.3 MONITORING AND EVALUATION | 26 |
| CHAPTER 4: MANITOBA | 28 |
| 4.1 MAIN FINDINGS | 28 |
| 4.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 28 |
| 4.3 MONITORING AND EVALUATION | 31 |
| CHAPTER 5: NEW BRUNSWICK | 33 |
| 5.1 MAIN FINDINGS | 33 |
| 5.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 33 |
| 5.3 MONITORING AND EVALUATION | 37 |
| CHAPTER 6: NEWFOUNDLAND AND LABRADOR | 38 |
| 6.1 MAIN FINDINGS | 38 |
| 6.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 38 |
| A. Strategic Social Plan | 38 |
| B. Healthier Together: Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador..... | 40 |
| C. Building a Healthier Future: A Draft Provincial Health Charter | 40 |
| D. Poverty Reduction Strategy..... | 41 |
| E. Provincial Wellness Plan | 43 |
| 6.3 MONITORING AND EVALUATION | 44 |
| A. Community Accounts..... | 45 |
| B. Learning Study | 46 |
| CHAPTER 7: NOVA SCOTIA | 47 |
| 7.1 MAIN FINDINGS | 47 |
| 7.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 47 |
| 7.3 MONITORING AND EVALUATION | 50 |
| CHAPTER 8: ONTARIO | 53 |
| 8.1 MAIN FINDINGS | 53 |
| 8.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 53 |
| 8.3 MONITORING AND EVALUATION | 57 |
| CHAPTER 9: PRINCE EDWARD ISLAND | 58 |

| | |
|---|-----------|
| 9.1 MAIN FINDINGS | 58 |
| 9.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 58 |
| 9.3 MONITORING AND EVALUATION | 62 |
| CHAPTER 10: QUÉBEC | 65 |
| 10.1 MAIN FINDINGS | 65 |
| 10.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 65 |
| 10.3 MONITORING AND EVALUATION | 68 |
| 10.4 INTERSECTORAL ACTION PLAN TO COMBAT POVERTY | 70 |
| CHAPTER 11: SASKATCHEWAN | 72 |
| 11.1 MAIN FINDINGS | 72 |
| 11.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 72 |
| 11.3 MONITORING AND EVALUATION | 75 |
| CHAPTER 12: THE TERRITORIES | 77 |
| 12.1 MAIN FINDINGS | 77 |
| 12.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION..... | 77 |
| <i>i. Northwest Territories</i> | 78 |
| <i>ii. Yukon</i> | 80 |
| <i>iii. Nunavut</i> | 81 |
| 12.3 MONITORING AND EVALUATION | 82 |
| CHAPTER 13: COMPARATIVE ANALYSIS..... | 84 |
| 13.1 THE CONCEPT OF POPULATION HEALTH | 84 |
| 13.2 HEALTH GOALS AND TARGETS..... | 85 |
| 13.3 HEALTH IMPACT ASSESSMENT | 86 |
| 13.4 MONITORING, EVALUATION AND RESEARCH | 87 |
| 13.5 ROLE OF THE HEALTH SECTOR..... | 88 |
| 13.6 REGIONALIZATION | 88 |
| 13.7 FUNDING..... | 89 |
| 13.8 INTERSECTORAL ACTION | 89 |
| 13.9 WHY DO SERIOUS HEALTH DISPARITIES PERSIST IN CANADA? | 91 |
| APPENDIX 1 - WITNESS LIST | 93 |

The Committee would like to thank the following staff for their hard work in the preparation of this report:

From the Library of Parliament:

Odette Madore, Analyst

Michael Toye, Analyst

Laura Corbett, Consultant

Bev Nickoloff, Consultant

From the Committees Directorate:

Josée Thérien, Clerk of the Committee, 1st Session of the 39th Parliament

Barbara Reynolds, Clerk of the Committee, 2nd Session of the 39th Parliament

Louise Pronovost, Administrative Assistant, 1st Session of the 39th Parliament

Tracy Amendola, Administrative Assistant, 2nd Session of the 39th Parliament

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 20, 2007:

The Honourable Senator Keon moved, seconded by the Honourable Senator Watt:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the Committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the social determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the Committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the Committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2009, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

MEMBERSHIP

The following Senators have participated in the study on the inquiry on the issue of *Population Health Policy: International Perspectives* of the Subcommittee on Population Health:

The Honourable, Wilbert Joseph Keon, Chair of the Committee
The Honourable Lucie Pépin, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Bert Brown
Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Joyce Fairbairn, P.C.

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Céline Hervieux-Payette, P.C. or Claudette Tardif and Marjory LeBreton, P.C., or (Gérald J. Comeau)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senators: Art Eggleton, P.C., Jim Munson, and Hugh Segal

EXECUTIVE SUMMARY

- This report describes and compares the efforts of federal, provincial and territorial governments to develop and implement population health policy in Canada.
- The concept of population health was elaborated in Canada in 1974 with the Lalonde report; it then evolved from a focus on improving overall health status to an emphasis on reducing health disparities.
- Both the federal and provincial/territorial governments have devoted considerable attention to population health. However, there is no national plan in Canada to reduce health disparities and improve overall population health status.
- In 1997, the federal government endorsed a Memorandum to Cabinet on Population Health; the proposal involved 18 departments and identified Health Canada as the lead. Yet, it did not succeed in coordinating the activities of the different departments concerned. It failed because significant funding cuts impeded its implementation. Only Health Canada moved forward to apply a population health lens to its programs and initiatives.
- In 2001, Health Canada developed a template that provides guidance to successful implementation of population health policy in both the health and non-health sectors. Though useful, this document has not convinced the non-health sector to embark on an ambitious population health agenda.
- Aboriginal populations bear a disproportionate burden of ill health and social suffering in Canada. The federal government can play a key role in addressing these health disparities. Currently, 30 federal departments and agencies deliver some 360 programs and services at a cost of \$8.2 billion to all Aboriginal peoples. These programs and services, however, are not coordinated and integrated in a way as to reduce health disparities.
- In Newfoundland and Labrador and Québec, population health policy emanates from the health department, but the two jurisdictions also have separate policies on poverty and social exclusion. In other provinces, current whole-of-government approaches tend to be structured around singular health determinants, such as ActNow BC's focus on personal health practices and early childhood development by Healthy Child Manitoba.
- Each province implemented health goals between 1989 and 1998, but by the end of the 1990s they were no longer being used. In 2005, Federal, Provincial and Territorial Ministers of Health established health goals for Canada but, to date, they have not evolved into a national strategy or translated into measurable actions. Moreover, national targets have not been set for reducing health disparities.
- The 1997 Memorandum to Population Health submitted to the federal Cabinet recommended that Health Impact Assessment (HIA) be used to assess health impacts of federal policies and programs. Similarly, the use of Health Impact Assessment tools has been promoted in numerous provinces and a number of provincial reports have recommended that HIA be part of all Cabinet submissions. To date, only Quebec has passed legislation to ensure that the health impacts of proposed laws and regulations are assessed.

- Canada has sound data on population health status by health determinants and on health disparities. At the national level, reliable information is provided by the Canadian Population Health Initiative, Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada, while several useful sources of health indicators and health disparities are available at the provincial level including, to name of few, the Manitoba Health Data Repository, the Community Accounts in Newfoundland and Labrador, and the B.C. Health and Wellness Survey.
- Canada plays an important role in population health research with the work funded or performed at the national level by the Canadian Institutes of Health Research, the National Collaborating Centres on Public Health, the Canadian Population Health Initiative, Health Canada, and the Public Health Agency of Canada, as well as at the provincial level by the Manitoba Centre for Health Policy, the *Institut de la santé publique du Québec*, the Ontario Institute for Work and Health and the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, among others.
- Between 1994 and 2004, one of the main vehicles for intergovernmental coordination and dialogue in population health was the Advisory Committee on Population Health, which advised the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Conference of Deputy Ministers of Health. This advisory committee played a key role in taking a long term and integrated view of the health of the population and ensuring policy coherence across issue areas. In 2004, with the publication of *Reducing Health Disparities*, the Advisory Committee addressed, for the first time in Canada, health disparities from a systemic perspective as opposed to addressing specific populations experiencing health disparities.

INTRODUCTION

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has been mandated to examine and report on the broad determinants that influence the health of Canadians. We are particularly interested in identifying the actions that would have to be taken by the federal government to implement a population health policy. In our study, “population health policy” or “population health approach” refers to public policy that aims to reduce health disparities and improve the overall health of the population by addressing, in a coordinated fashion, the range of factors that influence health. Such an approach requires intersectoral action – coordination among different government departments, collaboration among all levels of government and the participation of different stakeholders from non-government organizations, industry and communities.

In its 13 chapters, this report deals with the efforts of the federal, provincial and territorial governments to develop and implement population health policy. Chapter 1 reviews the efforts of the federal government, while chapters 2 through 12 summarize those undertaken in each province and the territories. Finally, Chapter 13 provides a comparative review of the approaches used to develop and implement population health policy in the various jurisdictions in Canada.

1.1 MAIN FINDINGS

- The federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. Health Canada has played a key role in promoting population health at the federal level and has officially adopted a population health framework for its programs and initiatives.
- In 1997, Cabinet ministers formally agreed to adopt a whole-of-government approach to population health involving 18 departments, with Health Canada as the lead. However, funding initially committed to implement the population health policy was subsequently significantly curtailed and, as a consequence, the federal government did not move forward with a comprehensive approach to population health.
- The work of the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Advisory Committee on Population Health led to intergovernmental consensus and collaboration on advancing population health in Canada. The approach advocated by the Advisory Committee was officially endorsed by all F/P/T Ministers of Health.
- Documents prepared by Health Canada as well as the F/P/T Advisory Committee provided guidance on the design and implementation of intersectoral action by the health and other sectors to improve population health and reduce health disparities. Though useful in the health sector, these documents have not convinced sectors other than health to embark on this ambitious agenda.
- Over the years, the federal government has played a key role in the development of a sound population health information infrastructure. It has also made significant investments in research on population health and health disparities. Key players in these fields include Statistics Canada, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institutes of Health Research, Public Health Agency of Canada, and National Collaborating Centres for Public Health.
- In 2005, an important step toward the development of population health policy was reached when the F/P/T Ministers of Health agreed on a set of health goals. Each government is to put them into effect in meaningful and relevant ways. But, to date, the goals have not been converted into concrete actions nor have they evolved into a pan-Canadian population health strategy.
- Also in 2005, the F/P/T Ministers of Health also approved the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy, an intersectoral strategy with the goal of increasing the proportion of Canadians who are physically active, eat healthy food and maintain healthy body weights over a ten-year period. The Strategy has the potential to address health disparities significantly.
- Major health disparities exist both among Aboriginal populations and communities and between Aboriginal and other Canadians. The federal government can play a key role in addressing these health disparities. Currently, 30 federal departments and agencies deliver some 360 programs and services to Aboriginal peoples but they are not coordinated and integrated in ways to reduce health disparities.

1.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Some three decades ago, the federal government was recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. Since then the concept has evolved from a focus on improving overall health status to one of reducing disparities in health.

In 1974, the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, issued a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report, which legitimated the idea of developing a broad population health policy, argued that good health is not the result of medical care alone and that changes in lifestyles and to social and physical environments would likely improve in the health status of Canadians more than would spending more money on health care delivery. The Lalonde report identified four major health determinants: human biology, environment, lifestyle and organization of health care.⁽¹⁾ Following the public release of the Lalonde report, the federal department of health created community programs and issued specific social marketing campaigns aimed at health promotion (such as ParticipACTION, "Dialogue on Drinking" and the Canada Food Guide).

In 1986, the then federal Minister of Health, Jake Epp, released *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Like the Lalonde report, this report recognized the broader social, economic and environmental factors affecting health and advocated development of a population health policy. More importantly, the Epp report conceptualized a population health approach not only as a complement to the health care system but also as a means of reducing health disparities among Canada's various socio-economic populations. It recommended that all policies bearing directly on health be coordinated, including, among others, income security, employment, education, housing, business, agriculture, transportation, justice and technology.⁽²⁾ Federal programs based on such an interdepartmental approach that were initiated during that period include Canada's

⁽¹⁾ Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians - A Working Document*, Ottawa, April 1974. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde_e.html

⁽²⁾ Jake Epp, Minister of Health and Welfare, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Ottawa 1986. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion_index_e.html

Drug Strategy, the Heart Health Initiative, the Family Violence Initiative, a National AIDS strategy, etc.⁽³⁾

In 1989, the Canadian Institute for Advanced Research (CIFAR), an academic think tank, provided empirical evidence that the health of populations is the result of a complex interaction among several health determinants. In their seminal collaborative book, *Why are Some People Healthy and Others Not?*, CIFAR's researchers demonstrated convincingly that social and economic conditions exert a major and potentially modifiable influence on health through their impact on biological mechanisms (i.e. the nervous, endocrine, and immune systems) that were just beginning to be understood. Moreover, they identified early childhood, during development of fundamental neuronal pathways, as a critically important window for the development of intelligence and coping skills.⁽⁴⁾

The empirical evidence provided by CIFAR on the link between socio-economic factors and the health of both individuals and the population as well as on the relationships between early childhood experiences and health had a major influence on public policy. In 1993 the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Conference of Deputy Ministers of Health established the F/P/T Advisory Committee on Population Health to provide national and intergovernmental policy advice on how to improve overall health and reduce disparities within a population health framework. A year later, the Advisory Committee published *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*. This report summarized what was known at the time about the broad determinants of health and proposed national action to create greater understanding among the public about the population health approach as well as among government partners outside the health sector and to develop comprehensive intersectoral population health initiatives for a few key priorities.⁽⁵⁾ The F/P/T

⁽³⁾ It is interesting to note that, also in 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion* insisted on the need for intersectoral action in tackling health disparities. The Charter, which was adopted at the First International Conference on Health Promotion organized by the World Health Organization, identified five priorities for action: 1) building healthy public policy; 2) creating supportive environments; 3) strengthening community action; 4) developing personal skills; and 5) reorienting health services. It also recognized the fundamental conditions and resources for health to be peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity. (World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>)

⁽⁴⁾ *Why are Some People Healthy and Others Not? - The Determinants of Health of Populations*, Editors Robert G. Evans, Morris L. Barer and Theodore Marmor, 1994

⁽⁵⁾ Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Ottawa, 1994, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phad/approach_linked.html

Ministers of Health officially endorsed the approach advocated by the Advisory Committee. Around that time, several programs were developed to improve the well-being of Canadian children, including National Child Benefits, Canada Prenatal Nutrition Program, Aboriginal Head Start Program, etc.

In 1996, Health Canada published *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*, which described twelve determinants of health (income and social status; social support networks; education; employment and working conditions; social environments; physical environments; biology and genetic endowment; personal health practices and coping skills; healthy child development; health services; gender; and culture) and identified five underlying assumptions of the population health approach: 1) Health is determined by the complex interactions between individual characteristics, social and economic factors and physical environments; 2) The health of a population is closely linked to the distribution of wealth across the population; 3) Strategies to improve population health must address the entire range of factors that determine health; 4) Important health gains can be achieved by focusing interventions on the health of the entire population (or significant sub-populations) rather than individuals; and 5) Improving health is a shared responsibility that requires the development of healthy public policies in areas outside the traditional health care system. One of the key actions identified was a long-term, sustained investment and commitment within Health Canada as well as its promotion in other departments responsible for policies that impact on the health of Canadians. To help achieve this goal, Health Canada established an Interdepartmental Reference Group on Population Health made up of representatives from 18 government departments. The group shared information about programs and policies of member departments and identified opportunities for collaboration on common areas of concern.⁽⁶⁾

In 1997, the Interdepartmental Reference Group significantly advanced the cause of population health within the federal government by presenting a Memorandum to Cabinet on Population Health. Importantly, Cabinet formally agreed to adopt a population health approach to guide its policy and Health Canada was confirmed as the lead department. Cabinet Ministers also agreed to work with Health Canada in developing tools and mechanisms to assess the health impacts of

⁽⁶⁾ Health Canada, *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*, Discussion Paper, 1996. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/common/index.html>

federal policies and programs. Due to fiscal restraint, however, the funding initially committed to implement the federal population health policy was subsequently significantly curtailed.⁽⁷⁾

Despite the reduction in financial resources, in 1998 Health Canada formally adopted a population health framework for all its programs and initiatives. To address the conceptual and organizational challenges posed by the transition to the population health approach, the department developed information and tools to assist its staff, including *Taking Action on Population Health*.⁽⁸⁾ Health Canada also published the *Blueprint to Promote a Population Health Approach in Canada* which identified six action areas – theory; policy; evidence; marketing; mobilization and institutionalization; as well as the outcomes expected – to facilitate the integration of a population health approach within the department. These following areas were defined:

- Theory – develop further the theoretical framework for population health to integrate evidence supporting policy and program interventions and provide a knowledge base for developing tools needed to apply the population health approach;
- Policy – incorporate the population health approach into the public policy process in all sectors with tools for priority setting and accountability, such as population health reporting and health accounts;
- Evidence – encourage research agendas that address population health priorities and health information systems that capture population health data;
- Marketing – inform and influence decision makers, stakeholders and the public about population health through communication campaigns, workshops, presentations and publications;
- Mobilization – develop tools, partnerships and approaches that support implementation; and
- Institutionalization – strike joint committees, establish appropriate policies and structures within organizations, and provide organizations with clear mandates for reporting and evaluating population health approaches.⁽⁹⁾

In 1999, the F/P/T Advisory Committee on Population Health released *Intersectoral Action... Towards Population Health* which stressed that improving the health, well-being and quality of life of the population and reducing persistent health disparities requires the involvement of many sectors. It emphasized that intersectoral action – cooperation and collaboration within and between organizations and sectors – must involve the public and government sectors, the voluntary sector, the

⁽⁷⁾ Barbara Legowski and Lindsey McKay, *Health beyond Health Care: Twenty-five Years of Federal Health Policy Development*, Discussion Paper, Canadian Policy Research Networks, October 2000. <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=131&l=en>

⁽⁸⁾ Health Canada, *Taking Action on Population Health – A Position Paper for Health Promotion and Programs Branch Staff*, 1998. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/tad_e.pdf

⁽⁹⁾ *Ibid.*

private sector, businesses, professionals and consumers in the fields of health, justice, education, social services, finance, agriculture, environment, and so forth.⁽¹⁰⁾ The report was not a detailed guide for designing and implementing intersectoral action, but it did, however, enunciate conditions for successful intersectoral collaboration, including:

- Seek shared values and interests and alignment of purpose among partners and potential partners.
- Ensure political support, building on positive factors in the policy environment.
- Engage key partners at the very beginning; be inclusive.
- Ensure appropriate horizontal linking across sectors as well as vertical linking of levels within sectors.
- Invest in the alliance building process; work for consensus at the planning stage.
- Focus on concrete objectives and visible results.
- Ensure that leadership, accountability and rewards are shared among partners.
- Build stable teams of people who work well together and have appropriate supports.

Intersectoral actions that were initiated around that time included, among others, the National Tobacco Reduction Strategy and the Vancouver Agreement.

In 2001, Health Canada published *The Population Health Template* which outlined the procedures and processes required to implement a more comprehensive population health approach involving both the health and other sectors. The Template identified eight key elements for successful implementation of the population health approach (see table 1.1).⁽¹¹⁾

⁽¹⁰⁾ Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Intersectoral Action... Towards Population Health*, Ottawa, June 1999. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/linked.html>

⁽¹¹⁾ Health Canada, *The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define A Population Health Approach*, July 2001. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach/index.html>

TABLE 1.1: POPULATION HEALTH KEY ELEMENTS

| Key Element | Actions |
|---|---|
| Focus on the Health of Populations | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determine indicators for measuring health status ▪ Measure and analyze population health status and health status inequities to identify health issues ▪ Assess contextual conditions, characteristics and trends |
| Address the Determinants of Health and Their Interactions | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determine indicators for measuring the determinants of health ▪ Measure and analyze the determinants of health, and their interactions, to link health issues to their determinants |
| Base Decisions on Evidence | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Use best evidence available at all stages of policy and program development ▪ Explain criteria for including or excluding evidence ▪ Draw on a variety of data ▪ Generate data through mixed research methods ▪ Identify and assess effective interventions ▪ Disseminate research findings and facilitate policy uptake |
| Increase Upstream Investments | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apply criteria to select priorities for investment ▪ Balance short and long term investments ▪ Influence investments in other sectors |
| Apply Multiple Strategies | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identify scope of action for interventions ▪ Take action on the determinants of health and their interactions ▪ Implement strategies to reduce inequities in health status between population groups ▪ Apply a comprehensive mix of interventions and strategies ▪ Apply interventions that address health issues in an integrated way ▪ Apply methods to improve health over the life span ▪ Act in multiple settings ▪ Establish a coordinating mechanism to guide interventions |
| Collaborate Across Sectors and Levels | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engage partners early on to establish shared values and alignment of purpose ▪ Establish concrete objectives and focus on visible results ▪ Identify and support a champion ▪ Invest in the alliance building process ▪ Generate political support and build on positive factors in the policy environment ▪ Share leadership, accountability and rewards among partners |
| Employ Mechanisms for Public Involvement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capture the public's interest ▪ Contribute to health literacy ▪ Apply public involvement strategies that link to overarching purpose |
| Demonstrate Accountability for Health Outcomes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Construct a results-based accountability framework ▪ Ascertain baseline measures and set targets for health improvement ▪ Institutionalize effective evaluation systems ▪ Promote the use of health impact assessment tools ▪ Publicly report results |

Source: Health Canada, *The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define A Population Health Approach*, July 2001, p. 7. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/plidd/approach/index.html>

In 2002, the F/P/T Advisory Committee on Population Health established a Health Disparities Task Group with the mandate of providing advice on the role of the health sector in addressing health disparities. The Task Group, which included policy-makers and researchers from the health and social sectors, both within and outside government⁽¹²⁾, identified four roles for the health sector in the reduction of health disparities:

- make the reduction of health disparities a health sector priority (establish a national leadership capacity; set goals and targets; use Health Impact Assessment; collaborate with jurisdictions, develop priority areas);
- integrate disparities reduction into health programs and services;
- engage with other sectors in health disparities reduction;
- strengthen knowledge development and exchange activities (develop indicators to measure the impact of health disparities; continue to support research; improve health information systems; share evidence on health disparities).⁽¹³⁾

In 2005, the F/P/T Ministers of Health approved the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy following three years of consultations and input from a wide range of people and organizations across all sectors. This Strategy presents a framework for sustained action based on a population health approach; its goals are to improve the health of the population overall and to reduce health disparities. The Strategy is intersectoral and involves federal, provincial and territorial government representatives, regional networks, the private sector, non-government stakeholders and national Aboriginal organizations. Consensus was achieved that initially the Strategy would address physical activity, healthy eating and their relationship to healthy weights, with a special focus on children and youth, Aboriginal peoples and other vulnerable groups. A target was set to obtain a 20% increase in the proportion of Canadians who are physically active, eat healthy food and maintain healthy body weights over a ten-year period.⁽¹⁴⁾ The Strategy has the potential to make a significant contribution to addressing health disparities.

⁽¹²⁾ Health Canada, Canadian Institutes of Health Research, Canadian Population Health Initiative, Statistics Canada, provinces, universities, Canadian Council for Social Development and Caledon Institute of Social Policy.

⁽¹³⁾ Health Disparities Task Group, *Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper, an Recommended Policy Direction and Activities*, December 2004. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_e.html and http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_e.html

⁽¹⁴⁾ Secretariat for the Intersectoral Healthy Living Network, FPT Healthy Living Task Group and FPT Advisory Committee on Population Health and Health Security, *The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy*, 2005. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html>

1.3 MONITORING AND EVALUATION

Over the years, the federal government has played a key role in the on-going development of a sound population health information infrastructure. It has also provided significant investment in research on population health and health disparities.

Statistics Canada, for example, maintains solid population health databases obtained from excellent population health surveys. In 1994, it initiated the National Population Health Survey to improve the information available to support the development and evaluation of health policies and programs in Canada.⁽¹⁵⁾ In the same year, it undertook the National Longitudinal Study of Children and Youth, a long-term study to monitor the development and well-being of Canada's children from infancy to adulthood. Data collection occurs at two-year intervals from a representative sample of Canadians.⁽¹⁶⁾ And in 2000, the Canadian Community Health Survey was initiated to provide regular and timely cross-sectional estimates of health determinants, health status and the utilization of health services for 136 health regions across the country.⁽¹⁷⁾

In 1998, the Population Health Fund was created following Health Canada's adoption of the population health approach to further its continuing mandate to maintain and improve the health of Canadians. The goal of the Fund is to increase community capacity for action on or across the determinants of health.⁽¹⁸⁾

In 1999, the federal government launched the Canadian Population Health Initiative (CPHI) within the Canadian Institute for Health Information. CPHI focuses specifically on population health. Its mission is twofold: 1) to foster a better understanding of factors that affect the health of

⁽¹⁵⁾ Statistics Canada, *Information About the National Population Health Survey*, <http://www.statcan.ca/english/freepub/82F0068XIE/82F0068XIE1997001.htm>

⁽¹⁶⁾ Statistics Canada, *National Longitudinal Study of Children and Youth – Overview*, http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/ensmcgi.pgm?Lang=E&SP_Action=Theme&SP_ID=20000

⁽¹⁷⁾ Statistics Canada, *Canadian Community Health Survey*, <http://www.statcan.ca/english/concepts/health/echinfo.htm>

⁽¹⁸⁾ Public Health Agency of Canada, *Population Health Fund*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/funding/index.html>

individuals and communities and 2) to contribute to the development of policies that reduce health disparities and improve the health and well-being of Canadians.⁽¹⁹⁾

In 2000, the federal government established the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Part of CIHR's mandate is to harness research to improve the health status of vulnerable populations and, as a consequence, most of its 13 virtual research institutes fund population health research. In 2005, CIHR established the Reducing Health Disparities Initiative – a multi-institute strategic research initiative to address the reduction of health disparities and the promotion of equity for vulnerable populations.⁽²⁰⁾

In 2001, in collaboration with its provincial/territorial counterparts the federal government created Canada Health Infoway with the goal of accelerating the creation and use of electronic health information systems and electronic health records (EHRs) across the country.⁽²¹⁾ There is a huge opportunity to use data generated by emerging EHRs for population health purposes if they are designed appropriately.

In 2004, the federal government created the Public Health Agency of Canada and appointed Canada's first Chief Public Health Officer (equivalent to Deputy Minister of Health). One responsibility of the Chief Public Health Officer is to report annually to Parliament on the state of public health in Canada.⁽²²⁾ The first report, to be tabled in May 2008, will focus on health disparities.

Along with the creation of the Public Health Agency of Canada, the federal government established six national collaborating centres to promote the use of evidence to support better decision-making in public health. Four of these centres focus on population health and health disparities.⁽²³⁾ The National Collaborating Centre for Determinants of Health (Atlantic Canada) studies how the

⁽¹⁹⁾ Canadian Institute for Health Information, *About the Canadian Population Health Initiative*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_about_e

⁽²⁰⁾ Canadian Institutes of Health Research, *Health Disparities Reduction Initiative*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/25703.html>

⁽²¹⁾ <http://www.infoway-inforoute.ca/en/Home/home.aspx>

⁽²²⁾ Public Health Agency of Canada, *About The Agency*, 2008. http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos_index_eng.php

⁽²³⁾ Public Health Agency of Canada, *National Collaborating Centres for Public Health*, Information, May 2004. http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk2_e.html

various determinants of health inform health policy and practice.⁽²⁴⁾ The National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (Québec) examines the impact of public policy, both health-related and in other areas such as transportation and urbanization, on Canadians' health and well-being.⁽²⁵⁾ The National Collaborating Centre for Environmental Health (British Columbia) explores environmental factors that can affect human health and identifies evidence-based interventions to reduce risks from environmental hazards.⁽²⁶⁾ The National Collaborating Centre for Aboriginal Health (British Columbia) focuses on means and strategies to improve the health status of Aboriginal Canadians.⁽²⁷⁾

In 2004, another important step to advance the population health agenda was reached when Canada's First Ministers agreed to commit to the development of "goals and targets for improving the health status of Canadians through a collaborative process". A set of health goals was agreed upon by the F/P/T Ministers of Health in 2005. These were divided into four areas: basic needs in the social and physical environment; belonging and engaging; healthy living; and, a system for health (see Table 1.2).⁽²⁸⁾

⁽²⁴⁾ <http://www.stfx.ca/research/ncc/about-us.htm>

⁽²⁵⁾ <http://healthpublicpolicy.ca/513/The+Centre.htm>

⁽²⁶⁾ <http://www.nccelh.ca/en>

⁽²⁷⁾ <http://www.unbc.ca/nccah>

⁽²⁸⁾ *Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians*, October 2005. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home.html>

TABLE 1.2

| HEALTH GOALS FOR CANADA | |
|---|--|
| <i>Basic Needs (Social and Physical Environments)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Our children reach their full potential, growing up happy, healthy, confident and secure. • The air we breathe, the water we drink, the food we eat, and the places we live, work and play are safe and healthy – now and for generations to come |
| <i>Belonging and Engagement</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Each and every person has dignity, a sense of belonging, and contributes to supportive families, friendships and diverse communities. • We keep learning throughout our lives through formal and informal education, relationships with others, and the land. • We participate in and influence the decisions that affect our personal and collective health and well-being. • We work to make the world a healthy place for all people, through leadership, collaboration and knowledge. |
| <i>Healthy Living</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Every person receives the support and information they need to make healthy choices. |
| <i>A System for Health</i> | <ul style="list-style-type: none"> • We work to prevent and are prepared to respond to threats to our health and safety through coordinated efforts across the country and around the world. • A strong system for health and social well-being responds to disparities in health status and offers timely, appropriate care. |

Source: *Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians*, October 2005. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home.html>

The Health Goals for Canada are broad directional statements that provide a tool to guide further action on the determinants of health and help to strengthen the management of horizontal or intersectoral issues. It is up to each government, however, to put them into effect in meaningful and relevant ways. To date, these goals have not evolved into a pan-Canadian strategy nor have they resulted in any measurable actions.

1.4 ABORIGINAL HEALTH

The federal government has a key role in addressing health and socio-economic disparities affecting Aboriginal peoples. Currently, over 30 federal departments and agencies deliver some 360 programs and services to Aboriginal peoples. More than half (190) of these programs/services are available to all Aboriginals, while the rest are available to particular groups. In 2004-2005, \$8.2 billion were allocated to these programs/services under seven broad strategic

objectives: health (\$1.8 billion); lifelong learning (\$1.9 billion); safe and sustainable communities (\$2.5 billion); housing (\$0.5 billion); economic opportunity (\$0.2 billion); land and resources (\$0.2 billion); and governance and relationships (\$1.1 billion). Indian and Northern Affairs Canada was responsible for 61.5% and Health Canada for 21.0% of the total.⁽²⁹⁾

In addition, the federal government funds pan-Canadian programs, including transfer payments to the provinces/territories, that benefit all Canadians, including Aboriginal peoples. The provinces and territories also have their own suite of programs and services to improve the quality of life for Aboriginal people living off-reserve and in the North.

Yet major disparities remain both between Aboriginal peoples and other Canadians and between Aboriginals living on reserve and those living off-reserve, primarily in cities.

The continued pressing health challenges faced by Aboriginal peoples led to a process of policy negotiations between First Ministers and national Aboriginal organizations in 2004 and 2005. This process, unique in Canadian history, resulted in the Kelowna Accord, an ambitious ten-year plan to “close the gap” between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians in education, housing and infrastructure, health and economic opportunities – all key determinants of health. The federal government pledged \$5.1 billion over five years to improve the socio-economic conditions of Aboriginal peoples, with the goal of bringing their standard of living up to that of other Canadians by 2016.⁽³⁰⁾ It is unclear whether the Kelowna Accord will be implemented and, if so, how.

⁽²⁹⁾ Treasury Board of Canada Secretariat, *Aboriginal Affairs: Spending and Programs*, 2004-2005. <http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/intro.aspx?Language=EN>

⁽³⁰⁾ *First Ministers and National Aboriginal Leaders Strengthening Relationships and Closing the Gap*, Kelowna, British Columbia, November 24-25, 2005. http://www.scies.gc.ca/confer05_e.html

2.1 MAIN FINDINGS

- In the early 1990s, the government of Alberta established an advisory committee with the mandate of developing health goals. In the early 2000s, it enunciated new health goals and targets within a clearly-articulated population health framework. It failed, however, to translate that framework into a set of concrete actions to address the broad determinants of health.
- Currently, Alberta's message on population health lays primary responsibility on each member to maintain his/her personal health and wellness. Provincial non-governmental networks carry the major responsibility of bolstering awareness of and promoting action in population health.
- While little reference is made to population health in the documents from Alberta Health and Wellness, three of Alberta's nine regional health authorities have opted to incorporate the determinants of health in their annual health reports.
- A report in 2004 by the International Board of Review for the Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) advised Foundation to increase its emphasis on funding population health research to an extent comparable to that it places on biomedical research. The Foundation was also urged to encourage the province to provide increased access by researchers to provincial health data.

2.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In 1987, the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans was established with the mandate of examining the challenges to health care. From the outset, however, the Commission determined that health, as broadly defined by the World Health Organization, would be its over-riding focus. Its report in 1989 stressed that a more coordinated approach was needed, on a much broader scale and with specific goals and targets. In addition to a series of recommendations to reform health care, the Commission made three recommendations pertaining to population health: 1) that an Advocate for a Healthy Alberta be appointed to set broad priorities, monitor health status and report its findings on a regular basis to the Legislative Assembly; 2) that health impact assessment (HIA) be

⁽³¹⁾

The information contained in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Laura Corbett and entitled *Population Health Policy in Alberta*.

required of new legislation, regulations and procedures; and 3) that additional funding be invested in population health research.⁽³²⁾

In its response, the government announced its intention to develop health goals and objectives, additional funding for health promotion and disease/injury prevention, increased investment in population health research, and that consideration would be given to the feasibility of implementing HIA.⁽³³⁾ It did not, however, support the creation of an Advocate for a Healthy Alberta; this was considered a responsibility of the Minister of Health.

After establishment of the Advisory Committee on Health Goals in 1991, *Health Goals for Alberta* was published in 1993, setting out nine goals supportive of a population health approach:

1. To increase the number of years of good health by reducing illnesses, injuries, and premature deaths and improving well-being;
2. To make decisions based on good information and research;
3. To include a health perspective in public policy;
4. To have appropriate, accessible and affordable health services;
5. To live in strong, supportive and healthy families and communities;
6. To live in a healthy physical environment;
7. To recognize and maximize individual potential in spite of biological differences;
8. To choose healthy behaviours;
9. To develop and maintain skills for facing the challenges of life in a healthy way.⁽³⁴⁾

A few years later, another review by the Premier's Advisory Council on Health for Alberta resulted in *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* in 2001.⁽³⁵⁾ The predominate message, indeed what the Council considered the best long-term answer to health care reform, was to encourage Albertans to stay healthy and well. Support incentives needed to encourage Albertans to stay healthy were set out, including rewards and penalties for their use of health care.

⁽³²⁾ Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, *The Rainbow Report: Our Vision for Health*, Final Report, December 1989.

⁽³³⁾ Government of Alberta, *Partners in Health. Government's Response to the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans*, November 1991.

⁽³⁴⁾ Alberta Health, *Health Goals for Alberta : Progress Report*, December 1993.

⁽³⁵⁾ Available http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/PACH_report_final.pdf.

In its response, *Framework for a Healthy Alberta*, the government recognized that a variety of factors affect health, only some of which are under the control of the individual. The Framework, which involved 11 government departments and agencies, confined its approach to population health to two main goals – reducing chronic diseases and improving healthy behaviours. While it enunciated clear objectives and targets, the government's actions remained for the most part centered on health promotion and disease prevention.⁽³⁶⁾ Concrete action to address the wider determinants of health failed to materialize.

In 2006, as part of the 'third-way' process to reform health care, the government released *Health Policy Framework*⁽³⁷⁾ which continued to emphasize autonomy and personal responsibility for health.

Rather than the provincial government, it is key personnel in local government and non-governmental organizations (NGOs) who have expressed greater concern about the effects of the social and economic environment on population health. For example, the Alberta Healthy Living Network (AHLN), formed in 2002, is an informal network of 100 multi-sector local, regional and provincial organizations together with government departments that span health, education, researchers, social services, agriculture, transportation, Aboriginal and multicultural concerns. Its mission is to lead the collaborative efforts needed to promote health and prevent chronic disease in Alberta. The AHLN identified health disparity as one of seven priority strategies in 2004 and formed the Health Disparities Working Group.⁽³⁸⁾

Another non-government organization, the Alberta Social and Health Equities Network (ASHEN) was created in 2005 as a coalition of agencies, advocates, policy makers, researchers and community members living with poverty and/or concerned about health disparities across Alberta.⁽³⁹⁾ The same year, Families First Edmonton (FFE) was launched⁽⁴⁰⁾; FFE is a collaborative partnership including several provincial government organizations, local government organizations and NGOs.

⁽³⁶⁾ Available <http://www.health.gov.ab.ca/key/Framework.pdf>.

⁽³⁷⁾ Available <http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/GettingBetterHealthcare.pdf>

⁽³⁸⁾ A. Dedrick, *Social Determinants of Health – Environmental Scan*, 2005. Available <http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=>.

⁽³⁹⁾ ASHEN Charter – See <http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=>.

⁽⁴⁰⁾ See <http://www.familiesfirstedmonton.ualberta.ca/index.html>

which strive collectively to improve the access of families with low-income to services in the Edmonton area. Ultimately, the goal is to determine whether delivering health, family support and recreation services in a coordinated way can improve the health of low-income families.

Municipally, Edmonton appears to be making a mark in population health. The Edmonton Social Planning Council's publication of *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework* (2005)⁽⁴¹⁾ clearly indicated its recognition that the most pronounced influences on health originate outside the health care system and that a shift was necessary from an 'illness-based' to a 'wellness-based' health system that addresses the determinants of health and thwarts illness and chronic disease. More recently, the Council released *Tracking the Trends: Social Health in Edmonton* which documented the social and economic trends that influence the quality of life and well-being of Edmonton's residents.

2.3 MONITORING AND EVALUATION

Among the health-related information and publications by Alberta Health & Wellness are annual surveys on the province's population health and the health care system. The surveys measure a range of data on issues related to the health status of Albertans, their use of health services and demographic data, including household income. The analyses made available to the public fail, however, to provide data on the relationship of health status to income or, indeed, to social context.⁽⁴²⁾ Reports also cover an array of lifestyle and behavioural determinants of health – ranging from nutrition, physical activity and injury to immunization – though with scant reference to how lifestyles and behaviours often reflect individual life circumstances.

With information drawn from various Canadian databases, three of Alberta's nine Regional Health Authorities (Chinook Regional Health Authority, Calgary Health Region and David Thompson Regional Health Authority) opted to address the determinants of health in their annual health reports. Particularly notable is the Chinook Regional Health Authority's *Determinant's of Health Survey* (2003) which has gone so far as to analyze statistically the effect of some local

⁽⁴¹⁾ Available <http://www.edmnspc.com/Uploads/sdoh%20discussion%20paper.pdf>.

⁽⁴²⁾ Available <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Survey2004.pdf>

determinants on population health.⁽⁴³⁾

The Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) is the leading funding agency for health research in the province. Every six years an International Board of Review does an assessment and submits a report to AHFMR and the provincial government. In its most recent report, the International Board advised AHFMR to put greater emphasis on the funding of population health research, making it comparable to that of biomedical research and to apply the fruits of the complete research spectrum to benefit the health of Albertans.⁽⁴⁴⁾

⁽⁴³⁾ See http://www.chr.ab.ca/bins/doc.asp?rde_id=5455.

⁽⁴⁴⁾ See http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/IBR2004/pdf/IBR_report_final.pdf

3.1 MAIN FINDINGS

- Population health policy in British Columbia has been guided by targets, particularly the 1997 provincial health goals, which are interpreted and implemented by regional health authorities. Only one of these regional health authorities, however, the Interior Health Authority, appears to be taking an explicit population health approach.
- At the provincial level, ActNow BC – a whole-of-government health promotion initiative – has established collaborative, intersectoral partnerships to confront common illness risk factors and reduce chronic disease by promoting healthy schools, workplaces and communities.
- Despite capacity constraints and data limitations, increasing emphasis is being placed on the need for evidence to inform policy and program decisions; this change is evident in the recent introduction of British Columbia's Health and Wellness Surveys that monitor lifestyle targets and public health issues to support program planning and evaluation, and the work of the Data and Evidence Expert Group to determine the state of knowledge on population health.

3.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Population health policy in British Columbia has been imbedded in the provincial health goals and expressed in the regional devolution of health service delivery. In 1991, the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs advised the government to establish specific provincial health goals; it also recommended a method to gauge and document progress.⁽⁴⁶⁾ To ensure that the goals would have public resonance, the Provincial Health Officer, who was charged with their development, consulted with provincial government departments, community organizations and the public through processes characterized as comprehensive and resource-intensive.⁽⁴⁷⁾

The goals, which were approved in 1997, established a vision for a healthy population and a framework for action. Taking a fundamental population health approach, the goals went beyond the provision of health services to address a number of the other determinants of health:

⁴⁵ The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee on Population Health and prepared by Laura Corbett entitled, *Population Health Policy in British Columbia*, 2007.

⁽⁴⁶⁾ British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, *Policy and Practice: A Report on the Use of British Columbia's Health Goals by B.C. Government Ministries*, BC Provincial Health Officer, January 2001. <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001:ppfinal.pdf>

⁽⁴⁷⁾ Williamson, D. L., Milligan, C. D., Kwan, B., Frankish, C. J., Ratner, P. A., "Implementation of Provincial Territorial Health Goals in Canada", *Health Policy*, 63, 2001, 173-191.

1. Living and Working Conditions: Positive and supportive working conditions in all British Columbia's communities.
2. Individual Capacities, Skills and Choices: Opportunities for all individuals to develop and maintain the capacities and skills needed to thrive, to meet life's challenges and to make choices that enhance health.
3. Physical Environment: A diverse and sustainable physical environment with clean, healthy and safe air, water and land.
4. Health Services: An effective and efficient health service system that provides equitable access to appropriate services.
5. Aboriginal Health: Improved health for Aboriginal peoples.
6. Disease and Injury Prevention: Reduction of preventable illness, injuries, disabilities and premature deaths.⁽⁴⁸⁾

These goals were complemented with 44 specific objectives and 150 examples of indicators to measuring progress toward their achievement. A workbook to assist health regions and community organizations in their efforts to develop locally relevant targets and strategies that reflected the provincial vision and goals was also prepared.⁽⁴⁹⁾ In terms of accountability, the Provincial Health Officer assumed the lead in promoting and documenting efforts to achieve the goals.

The provincial health goals were not intended to be used only by regional health authorities, the Provincial Health Officer and/or the Ministry of Health. They were conceived as belonging and applicable to all levels of government and to the corporate, business, and non-profit sectors, and to the community at large. Following a review in 2000, however, the Provincial Health Officer found that despite better understanding of health and its determinants by most ministries, the goals had neither been fully adopted nor applied as an explicit template for planning across government.⁽⁵⁰⁾

Over the same period when the health goals were being developed and introduced, the provincial health care system underwent significant restructuring through the partial devolution of responsibility for health delivery to Regional Health Authorities. It was expected that RHAs would be better able than the provincial or federal governments to generate subsidiary goals, indicators.

⁽⁴⁸⁾ British Columbia Ministry of Health, *Framework for Health Goals and a Healthy Population in BC*, 1997 <http://www.health.gov.bc.ca/pho/hlthgoals.html>

⁽⁴⁹⁾ Williamson, D. L. et. al (2003), *op. cit.*

⁽⁵⁰⁾ British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001), *op. cit.*

strategies and programs more attuned to local characteristics and resources.⁽⁵¹⁾ An audit performed two years after the launch of the provincial health goals, however, found that their implementation was still substantially attenuated at the regional level.⁽⁵²⁾

Currently, there are five RHAs in British Columbia. Among them, the Interior Health Authority has taken a lead in addressing the determinants of health. Its report *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*⁽⁵³⁾ seeks to prompt discussion of population health by enabling stakeholders to understand better how socio-economic conditions influence health as well as genetics, lifestyles and the provision of health services. The hope is that heightened awareness, reinforced by the political will, will serve as a catalyst for the collaborative, intersectoral work needed to reduce health disparities. The Interior Health Authority acknowledges that effectively tackling these disparities requires both social and economic policy responses that are beyond its responsibilities. The challenge for the health authority is to move beyond illness care services and the promotion of healthy lifestyles into collaborative work with other stakeholders on the broader, social determinants of health. In other words, the health authority has accepted the particular responsibility and opportunity to act as a catalyst for change.

One of the leading examples of intersectoral action at the provincial level is ActNow BC, a whole-of-government health promotion initiative introduced in 2006, based in the Ministry of Health. ActNow BC seeks to improve the health of British Columbians through steps to reduce chronic disease and confront common illness risk factors including physical inactivity, poor nutrition, obesity, tobacco use, and unhealthy choices made during pregnancy. ActNow BC's targets for 2010 are to:

- Increase by 20 percent the percentage of the B.C. population that is physically active;
- Increase by 20 percent the percentage of B.C. adults who eat at least five servings of fruits and vegetables daily;
- Reduce by 20 per cent the percentage of B.C. adults who are overweight or obese;
- Reduce tobacco use by 10 percent; and

⁽⁵¹⁾ Williamson, D. L., Milligan et. al. (2003), *op. cit.*

⁽⁵²⁾ Kendall, P., *Report on the Use of Provincial Health Goals in Regional Health Service Plans*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999.

⁽⁵³⁾ Dovell, R. (2006). *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*. Kelowna: Interior Health, <http://www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/BD005CE4-E0DF-441A-8DD2-4AC315A359B2/0/PopHealthSDOHRReportOctober2006.pdf>

- Increase by 50 percent the number of women who receive counseling about the dangers of alcohol and tobacco use during pregnancy.⁽⁵⁴⁾

ActNow BC involves all 19 provincial departments and is led by the Minister of State for ActNow BC. Each department is required to view its mandate, goals, programs, activities, and outcomes through a health promotion lens and match them with ActNow BC-related goals. The Minister of State is responsible for social marketing and raising awareness, providing advice and support to ministries, monitoring and evaluation, and reporting to Cabinet on progress. Support is provided by the ActNow BC Assistant Deputy Minister's Committee which brings together representatives from each provincial ministry to monthly meetings, the agendas of which include information sharing and development of strategy. These meetings assist Assistant Deputy Ministers to see their ministry's mandate and business through a health promotion lens, a perspective that strengthens "buy-in" within their ministries and among their executives.⁽⁵⁵⁾

Moreover, ActNow BC is intersectoral; its partnerships reach beyond the provincial government. More than 70 partners from the federal and municipal governments, non-government sector, communities, schools and the private sector are involved, ensuring that responsibility for improving the health of British Columbians extends to all sectors of society.

3.3 MONITORING AND EVALUATION

A number of initiatives are underway in British Columbia to improve the evidence and information base available to policy makers taking a population health approach. For example, the B.C. Health and Wellness Survey (BC-HWS) was initiated in 2006 to provide better information on the health-related lifestyle patterns of British Columbians. The data from the BC-HWS is intended to allow local communities to monitor the ActNow BC lifestyle targets and initiatives to reach those targets; assess key public health issues, and; inform the development of public policy to improve the health of British Columbians. The survey is modeled after Ontario's Rapid Risk Factor Surveillance System, a randomized telephone survey conducted continuously through the year to monitor health

⁽⁵⁴⁾ British Columbia Ministry of Health, *Backgrounder: About ActNow BC*, 23 March 2006, http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2006HEALTH0017-000253-Attachment1.htm

⁽⁵⁵⁾ Gordon Hogg, Minister of State for ActNow BC, *Submission to the Senate Subcommittee on Population Health*, 1 December, 2007.

behaviour risk factors and the general health of the population. BC-HWS was developed in response to an expressed need by medical health officers, epidemiologists, health planners and health administrators for health data at a more local level than had previously been available in BC.⁽⁵⁶⁾

In order to apply data at a local level, the Population Health Surveillance Unit of the Vancouver Island Health Authority devised a health geographical information system (HGIS) that serves both as a platform for information integration and as an analytical tool: it supports detailed data analysis from a population health perspective.⁽⁵⁷⁾ With the assistance of the HGIS and the use of a wide range of data sources, a population health lens can be applied to health services and program planning. Information gleaned from the HGIS supports decisions by the Vancouver Island Health Authority related to the location of services, the composition and numbers of case management teams and the spectrum of services required.

A study identified notable capacity shortcomings of British Columbia's research capacity to translate evidence on health protection, health prevention, and action on the determinants of health into policies and programs; it did find at least one individual in all five regional health authorities with some relevant capacity for research.⁽⁵⁸⁾ Over the last two years, the BC Population Health Network has brought together leaders in population health from all the health authorities to network, share best practices and build capacity.⁽⁵⁹⁾

Finally, the Provincial Health Services Authority and the Knowledge Management and Technology Branch within the Ministry of Health have convened a Data and Evidence Expert Group to determine what is known in relation to population health, what is unknown and where the evidence remains lacking. Their findings will form the basis of the Ministry's research agenda.⁽⁶⁰⁾

⁽⁵⁶⁾ British Columbia Provincial Health Services Authority, *British Columbia Health and Wellness Survey Descriptive Report*, January 2007.

⁽⁵⁷⁾ Barnard, D. K. & Hu, W., "The Population Health Approach: Health GIS as a Bridge from Theory to Practice", *International Journal of Health Geographics*, 4, 23, 2007.

⁽⁵⁸⁾ Ron Dovell, *Discussion Paper: Capacity for Upstream Evidence in B.C.*, BC Population & Public Health Evidence Network, December 2006, http://www.phabc.org/modules.php?name=Contentpub&pa_showpage&pid=34

⁽⁵⁹⁾ Lex Baas, B.C. Interior Health Authority, Evidence to the Subcommittee, 12 December 2007.

⁽⁶⁰⁾ Ron Dovell (2006), *op. cit.*

4.1 MAIN FINDINGS

- Since the early 1990s, the department of health has supported a population health approach that aims to reduce health disparities. Although population health terminology is present in the policy and planning documents of Manitoba's regional health authorities, their role in addressing the broad determinants of health seems ambiguous.
- Manitoba's Healthy Child program is a noteworthy example of an interdepartmental initiative led by a high-level Cabinet Committee that takes an intersectoral approach to improving the well-being of Manitoba's children and youth.
- In terms of population health efforts outside the health sector, the development of a community economic development policy framework and lens has attempted to institutionalize community development strategies in programs and policies across provincial departments; it has faced challenges in implementation.
- Manitoba benefits from a history of longitudinal administrative data collection, strong collaborative research, and solid knowledge translation activities which together provide a good basis for monitoring, evaluation and the generation of evidence to inform healthy public policies, programs and practices.

4.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In 1992, Manitoba Health published *Quality Health for Manitobans: The Action Plan*, which set out the goals and philosophy of a strategy that would come to define new health policy, planning and delivery in Manitoba throughout the 1990s. The series of goals for health reform included improving the general health status of all Manitobans and reducing disparities in health status.⁽⁶²⁾

Provincial responsibilities for population health were outlined in 1997 in *A Planning Framework to Promote, Preserve and Protect the Health of Manitobans*. These included: 1) determining provincial priorities; 2) developing a provincial health strategy; 3) assessing provincial

⁶¹ The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee on Population Health and prepared by Laura Corbett entitled, *Population Health Policy in Manitoba*, 2007.

⁽⁶²⁾ Kay Willson and Jennifer Howard, *Missing Links: The Effects of Health Care Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*. Winnipeg: Prairie Woman's Health Centre of Excellence, 2000.

health status and health needs; 4) coordinating health strategy across the province; and 5) leading and participating in research initiatives and communicating findings.⁽⁶³⁾

The *Regional Health Authority Act* of 1997 set out the responsibilities of regional health authorities (RHAs) for public and population health. Each RHA is charged with assessing regional health status and health needs, determining regional priorities, and managing the organization and delivery of programs and services.⁽⁶⁴⁾ In addition, they bear responsibility for monitoring the impact on health of their actions, initiating practice-based research and participating in provincial research.⁽⁶⁵⁾

A recent survey of three of Manitoba's RHAs revealed how difficult it is to apply a population health lens at the regional level. Few respondents defined population health as that which requires action on the determinants of health; almost no mention was made of the need to diminish social and economic disparities in health as crucially important from a population health perspective.⁽⁶⁶⁾

A model of intersectoral action is demonstrated by Manitoba's Healthy Child initiative, which offers a continuum of programs and services for children, youth and families, starting at pregnancy and continuing until adolescence. These include: Parent-Child Centred Approach; Fetal Alcohol Syndrome Strategy; Healthy Baby; Families First; Triple P - Positive Parenting Program; Healthy Schools; and Healthy Adolescent Development Strategy. Started in 2000, Healthy Child Manitoba brings together provincial departments, other levels of government and community groups to develop child-centred public policy that integrates financial and community-based family supports.⁽⁶⁷⁾

Healthy Child Manitoba is guided by the Healthy Child Committee of Cabinet, which meets bi-monthly to ensure interdepartmental cooperation and coordination of programs and services. Chaired by the Minister responsible for Healthy Living and supported by the Healthy Child Deputy Ministers' Committee, the Cabinet Committee had the following membership in 2006-2007: Minister

⁽⁶³⁾ Manitoba Health, *A Planning Framework to Promote, Preserve and Protect the Health of Manitobans*, 1997, <http://www.gov.mb.ca/health/rha/planning.pdf>

⁽⁶⁴⁾ Benita Cohen, "Population Health as a Framework for Public Health Practice: a Canadian Perspective," in *American Journal of Public Health*, Vol.96, No.9, 2006, 1574-1576.

⁽⁶⁵⁾ Manitoba Health (1997), *op. cit.*

⁽⁶⁶⁾ Benita Cohen (2006), *op. cit.*

⁽⁶⁷⁾ Healthy Child Manitoba, *About Healthy Child Manitoba*, <http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/index.html>

of Health; Minister of Aboriginal and Northern Affairs; Minister of Justice; Minister of Culture Heritage and Tourism; Minister of Labour and Immigration and Minister responsible for the Status of Women; Minister of Education, Citizenship and Youth; and Minister of Family Services and Housing. As one of a small number of Cabinet committees, the simple existence of the committee identifies healthy child and adolescent development as a top-level priority for government. Currently, the Healthy Child Committee of Manitoba's Cabinet is the only standing Cabinet committee in Canada that is dedicated to children and youth.⁽⁶⁸⁾

Another example of intersectoral action can be found in the government's adoption in 2000 of a community economic development (CED) Policy Framework and Lens for policy and program development.⁽⁶⁹⁾ The province sees CED as a community-driven process combining social, economic and environmental goals to build healthy and economically viable communities.⁽⁷⁰⁾ The framework provides a guide for departments to support community economic initiatives that are comprehensive and multifaceted, often addressing multiple determinants of health. The lens serves as a tool for government personnel to review policies and programs.

To facilitate interdepartmental relationships, the government created a central agency – the Community and Economic Development Committee (CEDC) of Cabinet Secretariat – to advance CED policy. The Secretariat coordinates major development and economic projects that require interdepartmental collaboration through the Cabinet Committee. It also leads the CED Working Group, an interdepartmental team that meets regularly to raise awareness of CED across government and encourage the use of the CED Policy Framework and Lens.

The creation of this high-level Cabinet committee does not seem to have been as successful as has been Healthy Child Manitoba. Because the CEDC was assigned a wide range of responsibilities, CED policy has rarely been a primary concern. Furthermore, the CEDC was only armed with the power of persuasion to influence the activities of line departments and to encourage the

⁽⁶⁸⁾ Healthy Child Manitoba, *Annual Report* 2006-07, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/annual_report_2006_07.pdf

⁽⁶⁹⁾ Racher and Robert Annis, "Health Promotion in Manitoba: Partnering for Action," in Michel O'Neill et al., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007.

⁽⁷⁰⁾ Eugene Kostyra, "Made in Manitoba: Community Economic Development Provincial Policy Framework and Lens," in *Horizons*, Vol. 8, No.2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_e.pdf

application of the CED Framework and Lens. Departments have not been held accountable for their contributions to CED and, as a result, its implementation has been variable, department by department.⁽⁷¹⁾

4.3 MONITORING AND EVALUATION

Manitoba is recognized as a remarkably information-rich given that the Manitoba Population Health Data Repository offers 30 years well-served by its wealth of health information, but also by the availability of this information in a format that allows health information to be linked with individual-level data from other relevant departments such as housing, income assistance and education to support detailed analysis of the determinants of health and of population health status.⁽⁷²⁾ In fact, a review of research published between 1994 and 2002 using longitudinal administrative data showed that the proportion of publications addressing socio-economic factors in Manitoba (22%) far exceeded that in British Columbia (6%) and Ontario (3%).⁽⁷³⁾ A corollary advantage of linking data sets across sectors is that it constitutes another means of fostering interdepartmental collaboration.⁽⁷⁴⁾

At the University of Manitoba, the Centre for Health Policy and Evaluation draws on the Population Health Research Data Repository to determine the health of Manitobans not only by analysis of their use of health services but through examination of social and economic factors affecting different geographic and demographic groups. Research from the Centre has shown that residents in areas with higher measures of social deprivation use health services more frequently and tend to have the poorest health.⁽⁷⁵⁾ Not only does the lack of access to health care contribute to this gradient but so too do social and economic factors such as unemployment, income and education.

⁽⁷¹⁾ Byron Sheldrick and Kevin Warkentin, *The Manitoba Community Economic Development Lens: Local Participation and State Restructuring*, Canadian Centre for Policy Alternatives-Manitoba, April 2007; and Shauna MacKinnon, "The Social Economy in Manitoba: Designing Public Policy for Social Inclusion," in *Horizons*, Vol.8, No.2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_e.pdf

⁽⁷²⁾ Marni Brownell, *Inequalities in Child Health: Assessing the Roles of Family, Community, Education and Health Care*. CPHI Regional Workshop, 2003.

⁽⁷³⁾ Leslie Roos, Verena Mence, and R.J. Currie, "Policy analysis in an information-rich environment," in *Social Science & Medicine*, 58(11), 2231-2241, 2004.

⁽⁷⁴⁾ Noraloo Roos, University of Manitoba, *Evidence*, February 13, 2008.

⁽⁷⁵⁾ Norman Frohlich, et al. *A Report on the Health Status, Socio-Economic Risk and Health Care Use of the Manitoba Population 1992-93 and Overview of the 1990-91 to 1992-1993 Findings*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1994.

Predictably, the most deprived segment of the population places the greatest demand on the health care system. In response, Manitoba has attempted to reallocate resources within health care to meet the social needs of the population in greatest difficulty, particularly children in poverty.⁽⁷⁶⁾ *The Need to Know Team* at the Manitoba Centre for Health Policy has been supplementing these efforts with knowledge translation initiatives to deliver “accurate and timely information to health care decision makers, analysts and providers, so they can provide services that are effective and efficient in maintaining and improving the health of Manitobans.”⁽⁷⁷⁾

An additional strength of Manitoba’s population health research work comes from the formal partnership established between Manitoba First Nations and researchers in the Department of Community Health Sciences at the University of Manitoba.⁽⁷⁸⁾ This two-decade partnership has produced new and innovative approaches to developing organizations, training initiatives and projects that strengthen First Nations principles of governance. For example, efforts by the Assembly of Manitoba Chiefs and the Northern Health Research Unit generated the Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research. The Centre initiates, coordinates and supports research designed to assist First Nations and Aboriginal communities and organizations in their efforts to promote healing, wellness and the improvement of health services in those communities.

⁽⁷⁶⁾ John Frank, and Fraser Mustard, *The Determinants of Health from a Historical Perspective*, Founders Network, 1998.

⁽⁷⁷⁾ Canadian Institutes of Health Research, “Dr. Patricia Martens – The Need to Know Team and Manitoba Centre for Health Policy,” <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29970.html>

⁽⁷⁸⁾ John O’Neil, Brenda Elias, Jennie Wastesicoot, “Building a Health Research Relationship Between First Nations and the University in Manitoba,” in *Canadian Journal of Public Health*, Vol.96, suppl 1, S9-S12, 2005.

5.1 MAIN FINDINGS

- In 2001, a Select Committee on Health Care of the New Brunswick Legislative Assembly recommended a whole-of-government approach to population health. Its framework for wellness provided broad strategic direction for government to improve population health.
- The Committee recommended development of an action plan to implement the strategy by a high-level interdepartmental coordinating mechanism, such as a committee of Deputy Ministers.
- In 2006, the New Brunswick government released details of a provincial wellness strategy that does not reflect the whole-of-government approach to population health envisioned by the Select Committee. It refers only to contributions by the health sector through health promotion and disease prevention.
- A Deputy Ministers' Wellness Strategy Committee has been established as part of the New Brunswick Wellness Strategy. Among other things, this Committee is mandated to promote and coordinate government activities related to wellness and to facilitate the on-going development of healthy public policy. This could be an important step toward the development of a broader approach to population health.

5.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

A broad perspective on health and related population health strategies has been advocated and debated continually over the last two decades in New Brunswick. In 1989, a Commission of Selected Health Care Programs acknowledged the limits on the contributions of the health care delivery system to health and the need to examine alternative approaches to creating healthy populations. It affirmed the responsibility of government to set health goals, objectives and targets in economic and social policy areas. It also noted the need of individuals for help in making healthful choices in their lives through better understanding of the causes of good and bad health just as they need help in making informed choices among treatment and care alternatives. It also stressed that in addition to the health and education ministries, others such as Environment, Income Assistance, Labour, Transportation, Agriculture, Fisheries, Housing and Justice should initiate and be actively involved in a coordinated health promotion and education program targeting low income groups, school children, parents, pre- and post-natal care and baby care, the elderly and disabled persons.⁽⁷⁹⁾

⁽⁷⁹⁾ Commission on Selected Health Care Programs, *Report*, Government of New Brunswick, May 1989.

In response, in 1990 the provincial government released *Health 2000* which endorsed the World Health Organization's broad concept of health as defined under its framework of "Achieving Health for All". *Health 2000* also identified five health goals constituting a framework for planning, prioritizing and evaluating programs:

1. To increase the number of years residents of New Brunswick live free of major disease, disability and handicap.
2. To put more emphasis on health promotion and disease prevention.
3. To achieve and maintain healthy, strong and supportive individuals, families and communities.
4. To support the creation of safe environments for all New Brunswickers.
5. To maintain or increase the accessibility, affordability and appropriateness of health and community services for the citizens of New Brunswick.⁽⁸⁰⁾

Health 2000 also encouraged government departments, health care providers, community groups and individuals to transfer the goals into objectives, targets and action strategies. A parallel initiative entitled *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, presented in 1993, established goals by health priority area as a means to track and monitor the health status of the population of New Brunswick.⁽⁸¹⁾

In 1999, a Health Services Review commissioned by the provincial government again recommended the adoption of a wellness model that emphasized health promotion and disease prevention. Perhaps more interestingly, it recommended that government harness all areas of policy in support of good health in a coordinated way through a Deputy Ministers Committee, mandated to monitor on a continuing basis the impact that new and existing policies have on the determinants of health.⁽⁸²⁾

In 2000, a Select Committee on Health Care of the Legislative Assembly submitted an initial report on the provincial government's health and wellness-related policies. It included an inventory of government policies, programs and initiatives impacting on the determinants of health. This was developed with input from the Deputy Ministers of all government departments. The policies

(80) Government of New Brunswick, *Toward a Comprehensive Health Strategy – Health 2000: Vision, Principles and Goals*, 1990.

(81) Government of New Brunswick, *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, 1993.

(82) Health Services Review Committee, *Report of the Committee*, Government of New Brunswick, February 1999.

and programs of fifteen departments and agencies were identified and classified in relation to their impact on eight health determinants (income and social status, social support networks, education, employment and working conditions, physical environments, personal health and coping skills, healthy child development, health services). Acknowledging that many government programs contribute to population health, the Committee stressed that, to date, there had been no coordinated broad, high-level direction to ensure that all government departments work to enhance population health.⁽⁸³⁾

A year later, the Select Committee on Health Care released its second report, *A Wellness Strategy for New Brunswick*, in which it recommended an innovative whole-of-government approach to population health. The proposed strategy focused on healthy lifestyles, children and youth, seniors, communities and the workplace. Key elements to ensure effective implementation of the strategy included: leadership by government, collaboration and partnerships, evidence-based research, monitoring and reporting, citizen participation, and long term commitment. The report recommended that all government departments undertake health impact assessment when developing or reviewing policies and programs and that population health be incorporated into the government's corporate performance measurement system. To achieve intersectoral action, the the Committee recommended establishment of a high-profile focal point/secretariat for population health within government with responsibility to: 1) work with other departments and stakeholders; 2) be a source of expertise on population health; 3) release an annual report on wellness; and 4) facilitate and support a community approach to population health. Finally, it recommended establishment of a high-level interdepartmental coordinating mechanism, such as a Deputy Minister-level committee, to create an action plan to implement the strategy.⁽⁸⁴⁾

In 2002, the Premier's Health Quality Council, established in 2000 with a two-year mandate, released its report on health care renewal. It stated: "The health of the New Brunswick population is not determined by investment in the health system alone. It is socially determined by income, working conditions, environment, early childhood development, education and social support, as well as lifestyle choices and health care services. Sustainable change in the health of New

⁽⁸³⁾ Select Committee on Health Care, *Wellness Strategy Progress Report*, Legislative Assembly of New Brunswick, First Report, Second Session, 54th Legislative Assembly, 15 June 2000, <http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/healthfirstrep-e/healthfirstrep-e.asp>.

⁽⁸⁴⁾ Select Committee on Health Care, *A Wellness Strategy for New Brunswick*, Legislative Assembly of New Brunswick, Second Report, Third Session, 54th Legislative Assembly, April 2001, <http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports-e.asp>.

Brunswickers must be an outcome of all these factors.” Accordingly, it supported the recommendations of the Select Committee on Health Care, stating that its blueprint for health care renewal should be predicated on the implementation of the comprehensive and thoughtful recommendations of that Committee.⁽⁸⁵⁾

In 2004, the New Brunswick government published *Healthy Futures: Securing New Brunswick's Health Care System – The Provincial Health Plan 2004-2008*. Interestingly, this document also identified “improving population health” as the government’s first strategic priority and announced plans to implement a wellness strategy. Although in *Healthy Futures* the government endorsed the general direction called for in the report of the Select Committee on Health Care, it did not, however, commit itself to adopt the whole-of-government approach to population health recommended by the Committee. In fact, *Healthy Futures* referred to the health promotion and disease prevention contributions of the health sector only.⁽⁸⁶⁾ Some experts believe, however, that these health promotion and illness prevention activities nonetheless can be regarded as first steps in the development of a broader approach to population health.⁽⁸⁷⁾

Details of the initiatives to constitute the wellness strategy announced in *Healthy Futures* were released in 2006 in a document entitled *New Brunswick Wellness Strategy*. This focuses on increasing physical activity, promoting good nutrition and healthy eating, preventing and reducing tobacco use, and fostering mental health and resiliency, with an emphasis on partnership and collaboration. The Strategy also announced a multi-media social marketing campaign to increase awareness of the benefits of a healthy and active lifestyle and to help encourage people to assume greater responsibility for their own health.⁽⁸⁸⁾ The “Get Wellness Soon” marketing campaign was launched in September 2007.⁽⁸⁹⁾

(85) Premier's Health Quality Council, *HEALTH Renewal*, Government of New Brunswick, January 2002 <http://www.gnb.ca/0089/documents/e-phqc.pdf>.

(86) Ministry of Health and Wellness, *Healthy Futures: Securing New Brunswick's Health Care System – The Provincial Health Plan 2004-2008*, Government of New Brunswick, 2004. http://www.gnb.ca/0051/promos/healthplan/index_e.asp.

(87) Monique Allain and Marlien MacKay, “New Brunswick: Government Policy and Action,” in *Health Promotion in Canada – Critical Perspectives*, Second Edition, 2007, pp. 189-190.

(88) Government of New Brunswick, *New Brunswick Wellness Strategy – A Provincial Health Plan Initiative*, January 2006 http://www.cahperd.ca/eng/advocacy/cross_canada/documents/wellnessstrategy2006.pdf.

(89) Department of Wellness, Culture and Sport, “New Brunswickers Encouraged to Get Wellness Soon.” *News Release* Government of New Brunswick, 5 September 2007. <http://www.gnb.ca/cnb/news/wcs/2007e1104wc.htm>.

Notably, the New Brunswick government has been working with other Atlantic governments to develop an Atlantic Wellness Strategy; all Atlantic Premiers are calling for the development of a national wellness strategy through the cooperation of all provinces and territories.⁽⁹⁰⁾

5.3 MONITORING AND EVALUATION

As a component of the New Brunswick Wellness Strategy, the provincial government is investing in a longitudinal surveillance/evaluation and research initiative to monitor and measure progress systematically over time. A Deputy Ministers' Wellness Strategy Committee will monitor implementation of the strategy and report on progress every four years. This Committee is also mandated to promote and coordinate government wellness activities and to facilitate the development of healthy public policy on an ongoing basis.⁽⁹¹⁾ This could be an important step toward the development of a broader approach to population health.

⁽⁹⁰⁾ Government of Newfoundland and Labrador, "Premiers Discuss Action on Issues of Mutual Concern," *News Release*, 22 November 2002, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2002/exec/1122n07.htm>.

⁽⁹¹⁾ New Brunswick Wellness Strategy (2006), *op. cit.*

6.1 MAIN FINDINGS

- Newfoundland and Labrador's *Strategic Social Plan* laid out in 1998 a vision for social development over the long-term by integrating social and economic development and matching social investment with community and regionally-based development strategies. Province-wide consultations by an external advisory committee contributed to the development of the plan. Its implementation was led by the Social Policy Committee of Cabinet and carried out on a partnership basis between community groups, regional boards, individuals and governments.
- Newfoundland and Labrador is the second Canadian province to address poverty reduction with a comprehensive and integrated strategy. Under the direction of a Ministerial Committee, the province's ten-year plan seeks to improve access to services for those with low incomes, strengthen the social safety net, raise employment incomes, strengthen childhood development, and improve the overall education of the population.
- The 2006 *Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador* is the single largest health promotion initiative in the provincial history. Its healthy living focus addresses healthy eating, physical activity, tobacco control and injury prevention in the first phase, and mental health, environmental health, child and youth development and health protection in a second phase. Developed through consultations with a Wellness Advisory Council that brings together broad representation from non-government agencies and government departments, the *Plan* is being implemented by the Department of Health and Community Services.
- In relation to monitoring and evaluation, Newfoundland and Labrador began the first provincial social audit in Canada, creating the infrastructure to assess implementation of the *Strategic Social Plan*. A comprehensive, publicly accessible socio-economic data system called *Community Accounts* was developed; operated by the Department of Finance, a detailed study has examined the extent to which changes in government operating processes were successful five years after the launch of the *Strategic Social Plan*.

6.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Newfoundland and Labrador has undertaken a number of policy initiatives over the last ten years to address various determinants of health in strategic and coordinated ways.

A. Strategic Social Plan

The social and economic turmoil resulting from closure of the cod fishery in the early 1990s highlighted the need for a major shift in existing public policy. Following its release of strategic economic plan in 1992, the government moved to develop a comprehensive social plan as a

overall framework to guide long-term actions and to identify strategic directions, processes, and outcomes.

In 1998, the government approved its five-year *Strategic Social Plan*⁽⁹²⁾ as the umbrella policy for a long-term approach to social development in Newfoundland and Labrador. The vision was of healthier and more educated people, living in vibrant self-reliant communities. In the plan's new approach, however, was explicit recognition of the link between social and economic development and the fact that neither can be addressed in isolation from the other. The plan signalled a shift in the focus of social development policies from individuals to community-level approaches to integrate social and economic development at local and regional levels; policies would be focused on the underlying causes of individual problems rather than their treatment and the consideration of people's needs in the context of their communities and the socio-economic environment. Strengthening communities and regions would help them to become more self-sustaining and thereby support individual and community well-being, and provide people with opportunities. As an added benefit, the hope was that, "(r)eorienting social programs and services from remedial approaches to strategies which address the root causes of problems will also result in programming that is more efficient and more cost effective."⁽⁹³⁾

Implementation of the Plan was by partnerships involving community groups, regional boards, individuals and governments. It encouraged government departments to work together, across government and in communities, and created six Regional Steering Committees to allow for government and community organizations to identify collectively and address issues related to the social and/or economic development of the region concerned. The Social Policy Committee of Cabinet led implementation of the plan; its mandate was to work toward:

- Integrating social and economic policy and planning;
- Conducting the business of government in ways that support coordination and integration and that emphasize accountability for results;
- Providing for meaningful public input in the design and delivery of public services through regionalized/decentralized structures;
- Strengthening capacity within regions to support community action around social development goals and ensuring coordination of efforts to achieve the Plan's outcomes; and
- Accomplishing the policy and program shift from crisis and reactive approaches to prevention and early intervention.

⁽⁹²⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *People, Partners and Prosperity: A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, 1998, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/ssp.pdf>.

⁽⁹³⁾ *Ibid.*

Five years after its launch, progress toward achieving the outcomes identified in the Strategic Social Plan was evaluated by a social audit. The results are discussed in the Monitoring and Evaluation section below.

B. Healthier Together: Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador

Growing out of the broad social policy directions in the *Strategic Social Plan* and perceiving a need for change in the provincial health and community services system, the government held regional health forums as part of province-wide consultations in the fall of 2001. Based on the input received, a framework for reform laid out three goals to improve:

- The health status of the population of Newfoundland and Labrador;
- The capacity of communities to support health and well-being; and
- The quality, accessibility, and sustainability of health and community services.

Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador⁽⁹⁴⁾ identified specific objectives and strategies associated with each goal, including development of a wellness strategy to increase healthy behaviours, strengthening community partnerships focusing on health and well-being, and improving long-term care and mental health services. Specific five-year planning targets were also set for each objective.

C. Building a Healthier Future: A Draft Provincial Health Charter

Following on a commitment made in the Throne Speech in March 2002, the government launched public consultations on a Provincial Health Charter.⁽⁹⁵⁾ This charter was to have two purposes: to ensure the people of the province know what to expect from the health and community services system; and to identify the responsibilities people have for their own health and well-being.

⁽⁹⁴⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Health and Community Services, 2002. <http://www.health.gov.nl.ca/health/strategichealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf>.

⁽⁹⁵⁾ Government of Newfoundland and Labrador, "Public consultations on Provincial Health Charter," *News Release*, 21 February 2003, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2003/health/0226n04.htm>.

The draft Charter proposed a vision of health as a shared responsibility among individuals, families and communities.⁽⁹⁶⁾ Among the 14 points which the document suggested residents of the province could expect of the health and community services system, a number addressed other determinants of health, including:

- a clean and safe environment that promotes health and well-being;
- public policies sensitive to possible impacts on the health of the population;
- a partnership approach that empowers individuals, families and communities to take charge of their own health and well-being; and
- population-based approaches to health, such as immunization, that protect people from major health risks.

But further development of the health charter was not continued after the provincial election and change of government in November 2003.

D. Poverty Reduction Strategy

After Québec, Newfoundland and Labrador was the second province in Canada to establish a comprehensive and integrated strategy to address poverty reduction. In its 2005 Speech from the Throne, the government committed to transforming Newfoundland and Labrador over a ten-year period from a province with the most poverty to a province with the least poverty through a comprehensive poverty reduction strategy. Tackling poverty – improving the well-being and quality of life of those living in poverty – is essential to ensuring a healthy, strong and prosperous future for Newfoundland and Labrador.⁽⁹⁷⁾

The government called for partners to come forward to help identify the best way to reduce poverty.⁽⁹⁸⁾ Hundreds of people participated in government hearings, and in June 2006, the government released *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*⁽⁹⁹⁾ This sets

⁽⁹⁶⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Building a Healthier Future: Development of a Health Charter for Newfoundland and Labrador*, Public Discussion Paper, 26 February 2003, <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfiles/HealthCharter2003.pdf>.

⁽⁹⁷⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Human Resources, Labour and Employment, June 2006, <http://www.hrle.gov.nl.ca/hrle/poverty/poverty-reduction-strategy.pdf>.

⁽⁹⁸⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty in Newfoundland and Labrador. Working Towards a Solution*, Department of Human Resources, Labour and Employment, June 2005, <http://www.gov.nl.ca/publicat/povertydiscussion-final.pdf>.

⁽⁹⁹⁾ Government of Newfoundland and Labrador, "Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador," *op. cit.*

out a vision where “poverty has been eliminated ... where all individuals are valued, can develop to their full potential and have access to the supports they need to participate fully in the social and economic benefits of Newfoundland and Labrador.”⁽¹⁰⁰⁾ Based on the key directions identified to prevent, reduce and alleviate poverty, the action plan sets out five medium-term goals for the first four years: 1) improved access and coordination of services for those with low incomes; 2) a stronger social safety net; 3) improved earned incomes; 4) increased emphasis on early childhood development; and 5) a better educated population. Each of these goals is supported by medium-term objectives; progress is to be measured at the end of the four-year period. The initial actions to move towards those goals take a multi-pronged approach, including:

- Raising welfare and disability benefits and indexing them to the cost of living;
- Raising the minimum wage;
- Building more affordable housing;
- Removing penalties on the earnings of welfare recipients;
- Expanding prescription drug coverage for the working poor;
- Targeting appropriate employment supports for youth, people with disabilities and aboriginal communities;
- Enhancing supports to vulnerable groups within the justice system;
- Emphasizing early childhood development;
- Reducing the number of school dropouts; and
- Promoting greater access to post-secondary and adult education.⁽¹⁰¹⁾

The action plan recognizes that a high level of government commitment is necessary to tackle poverty. To that end, a Ministerial Committee was established with the following membership: the Minister for Human Resources, Labour and Employment, and the Minister Responsible for the Newfoundland and Labrador Housing Corporation, the Labour Relations Agency, Workplace Health, Safety and Compensation Commission and Labrador Affairs (Lead); the Minister Responsible for Aboriginal Affairs; the Minister of Education and the Minister Responsible for the Status of Women; the Minister of Finance; the Minister of Health and Community Services; the Minister of Innovation, Trade and Rural Development and the Minister Responsible for the Rural Secretariat; and the Minister of Justice.

This Committee is supported by a Deputy Ministers’ Committee and an Interdepartmental Working Group. Already established processes, such as regular evaluation and

⁽¹⁰⁰⁾ *Ibid.*

⁽¹⁰¹⁾ Campaign 2000, *Raising the Falling Fortunes of Young Families with Children*, 2007 <http://www.fallingfortunes.ca/portal/images/stories/raisingfallingfortunes.pdf>.

monitoring of programs and the reporting of outcomes in departmental annual reports, serve as the initial tools to assess the action plan's progress; others will be added as necessary. In addition:

- The Minister of Human Resources, Labour and Employment will give a statement of progress each year to the House of Assembly.
- Every two years a report will be published outlining progress and reporting on indicators, and recommending approaches to address gaps.
- Departmental annual reports and other accountability mechanisms will document the success of departmental initiatives, including efforts at coordination and integration.

E. Provincial Wellness Plan

In 2003, a Provincial Wellness Advisory Council prepared and submitted recommendations to the Minister of Health and Community Services for a Provincial Wellness Strategy. Based on those recommendations and building on existing initiatives and resources, in 2006 the government launched *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*,⁽¹⁰²⁾ a framework designed to contribute to improvement of the health and well-being of the people. With a \$2.4 million budget, it represents the largest single cash infusion in health promotion in the history of the province.⁽¹⁰³⁾

This Plan situates itself within a number of strategies directly related to healthy living and wellness, such as the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy,⁽¹⁰⁴⁾ being played out in the province, in the Atlantic region, and across Canada. The messages in the Plan focus on empowering individuals, groups and communities to take action for their health and wellness by eating well, being physically active, being smoke-free, and managing stress in a positive way. Through this approach, it seeks to "help balance the health agenda and shift the focus from the treatment of illness to the promotion of healthy living and wellness."⁽¹⁰⁵⁾ Phase I of the Plan (2006-2008) addresses healthy eating, physical activity, tobacco control and injury prevention. A second phase will consider mental health promotion, environmental health, child and youth development and health protection.

⁽¹⁰²⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, Phase I, 2006-2008, <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2006/wellness-document.pdf>.

⁽¹⁰³⁾ Eleanor Swanson, "Newfoundland and Labrador: Government Policy and Action" in Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré and Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd ed., Canadian Scholars Press Inc., Toronto, 2007.

⁽¹⁰⁴⁾ Public Health Agency of Canada, *Healthy Living Strategy*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html>.

⁽¹⁰⁵⁾ Government of Newfoundland and Labrador, "Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador," *op. cit.*

Although the focus of the Plan is on personal behaviours, it acknowledges that there are a number of other initiatives both within and outside the health sector that impact wellness.⁽¹⁰⁶⁾ One of the tools used to incorporate the influences of these other determinants is the *Circle of Health: Health Promotion Framework*.⁽¹⁰⁷⁾ The Circle of Health brings together the main elements required to ensure a comprehensive approach to addressing wellness, incorporating population health, determinants of health and the five health promotion strategies identified in the Ottawa Charter of Health Promotion. The Circle of Health has been selected as a tool to guide the planning, delivery and evaluation of programs, actions and initiatives to address the wellness priorities of Newfoundland and Labrador.

6.3 MONITORING AND EVALUATION

While each of the initiatives mentioned above has its own monitoring and reporting mechanisms, the tools and processes created for the evaluation of the *Strategic Social Plan* are of particular interest because of the multi-pronged approach taken to gather appropriate data and that evaluating change on a number of levels. More precisely, with announcement of the Plan in 1998, the government committed itself to carry out a four-phase social audit to measure social progress in the province five years later; Newfoundland and Labrador is the only province in Canada to undertake a social audit.⁽¹⁰⁸⁾

- Phase one of the audit was Community Accounts, which provides an on-line social and economic profile of communities and provincial jurisdictions, including employment levels and the health and education of residents (see below).
- Phase two was the compilation of *From the Ground Up*,⁽¹⁰⁹⁾ a report presenting benchmark data across a range of social and economic indicators to serve as a comparative reference point both across jurisdictions and over time.
- *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*⁽¹¹⁰⁾ was a report analyzing changes in the way government conducts its business while implementing the *Strategic Social Plan*.
- The final phase of the Social Audit was intended to assess whether resources were being allocated with the long-term social development of the province in mind. But following assumption of

⁽¹⁰⁶⁾ *Ibid.*

⁽¹⁰⁷⁾ *Ibid.*

⁽¹⁰⁸⁾ Government of Newfoundland and Labrador, "Report Acknowledges Shift in Government Thinking," *News Release*, 13 February 2004, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2004/exec/0213n03.htm>.

⁽¹⁰⁹⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *From the Ground Up*, 2 April 2003, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/TOCftgu.asp>.

⁽¹¹⁰⁾ Jane Helleur & Associates Inc., *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*, 15 December 2003, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/learningstudy-dec2003.pdf>.

responsibility for the *Strategic Social Plan* Office by the Rural Secretariat established in February 2004, it is unclear if this final phase was ever completed.

The Community Accounts and Learning Study phases of the social audit are presented below in greater detail.

A. Community Accounts

Community Accounts is an innovative information system that provides in a single on-line source community, regional, and provincial data from a variety of sources. It is the first Internet-based data retrieval and exchange system in Canada that provides unrestricted, free access to view and analyze data down to the community level.

Because the *Strategic Social Plan* addressed issues cutting across sectors, it required an information and evaluation system that embraces an integrated, evidence-based approach to policy and program development through collaboration within and across government departments and between the economic and social sectors. Key social, economic, and health data and indicators needed to understand community health and well-being are often not readily available, too costly to obtain, or too time consuming to retrieve manually or otherwise and compile for policy makers and local citizens. Community Accounts provides a single, accessible and comprehensive resource of that information.

The system allows users to generate custom tables and illustrative graphics on key social and economic indicators organized by geography and data topic within ten distinct accounts: Household Spending, Income, Social, Health, Labour Market, Production, Demographics, Education, Resource/Wealth and Environment. An additional account, termed Well-Being, allows users to compile indicators from each of the above domains to develop a better understanding of the factors that determine the status and progress of their communities and regions.⁽¹¹¹⁾ Information can be retrieved relating to 400 communities, 80 census consolidated subdivisions (local areas), 20 economic development zones, and the province as a whole. It can also be retrieved at the level of Rural Secretariat Regions, Health Authorities, School Districts, and Human Resources and Social Development Canada regions.

Based on a model designed by Dr. Doug May of Memorial University in collaboration with the Newfoundland and Labrador Statistics Agency, Community Accounts is sustained by the

⁽¹¹¹⁾ Community Accounts. *About Us*, http://www.communityaccounts.ca/communityaccounts/online/data/about_us.asp.

Economics and Statistics Branch of the Department of Finance in collaboration with other government departments and with private organizations and individuals.

B. Learning Study

It was understood that implementing the goals of the *Strategic Social Plan* required fundamental changes in the way government operated, creating expectations for partnerships with community agencies and decentralizing both the provision of services and choices around delivery. Five years after the launch of the *Strategic Social Plan*, the Learning Study found that:

- Progress in changing operational processes was evolving more slowly than envisioned, especially for government departments, but less so for Regional Strategic Social Plan Steering Committees.
- Allocated resources were insufficient to meet the complex needs of communities and regions. This suggested the necessity of an increased focus on the coordination of investments among government departments, and between the provincial, federal and municipal governments.
- Government departments must work more collaboratively to facilitate the making of joint investments based on integrated business planning, both at the provincial and regional levels.
- The province had been highly adept at leveraging federal initiatives with targeted funds for the development of programs and services consistent with the *Strategic Social Plan* goals. In fact, many of successes identified through the Learning Study were the result of federal funding. Other opportunities to strengthen further the focus on interdepartmental initiatives should be sought.
- Stronger accountability is required to ensure government departments are conducting business consistent with the *Strategic Social Plan*'s vision, values and goals. Clear expectations for departments must be continually communicated and actively monitored. In addition, recognition systems must be introduced that provide an incentive for achievements and the adoption of best practices.
- While the Regional Steering Committees had undertaken projects to achieve "early wins", more significant efforts are required to address, consistent with regional priorities, systemic social and economic development issues by using solid evidence as a basis for planning. Government departments have to ensure that they are actively connected with, and supportive of this work.
- Community-based agencies, key partners envisioned by the *Strategic Social Plan*, highly endorse its vision, values and goals. However, they desired much more inclusion during implementation and required greater funding to deliver community-based programs that are responsive to the community individual client needs.

7.1 MAIN FINDINGS

- No comprehensive population health strategy has been implemented in Nova Scotia, but steps are being taken through a strengthened public health function, intersectoral collaboration and development of a broad-based data collection system.
- Government structures responsible for public and population health have evolved steadily since 2002, most recently with creation of the Department of Health Promotion and Protection (DHPP) in 2006.
- A collaborative intersectoral approach to policy development and program planning is DHPP's "way to work" on issues that require cooperation among individuals, organizations, sectors and government departments.
- An external review in 2006 suggested the need to expand provincial public health legislation to address broader public health functions such as population health assessment, health surveillance, health promotion, and the prevention of disease and injury.
- The impact of a population health approach was evaluated by Community Health. They found that this approach was successful in facilitating community input to and ownership of health-related responsibilities but the absence of a provincial population health framework and tension between a local focus on population health versus a focus on acute care at the regional level impeded implementation of population health policies.
- Nova Scotia Community Counts is a division of the Nova Scotia Department of Finance, established to develop a database on Nova Scotian communities. This database, an adaptation of Newfoundland and Labrador's Community Accounts, provides statistics on a wide range of health determinants – including income, social support networks, working conditions, and physical environments. The database can be used to track population health indicators and monitor policies and programs which impact population health.

7.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

The Nova Scotia's structures relating to public and population health have evolved steadily in recent years. Following the 1994 *Blueprint for Health System Reform*, the Department of Health devolved a substantial role for policy development to Regional Health Boards and their subsequent replacements in 2002, District Health Authorities (DHAs). The nine DHAs were given responsibility to govern, plan, manage, monitor, evaluate, and deliver health services for acute and tertiary care, mental health, and addictions in their specified regions.

DHAs are also responsible for providing planning support to Community Health Boards (CHBs) in each region. Nova Scotia's 37 CHBs act as the eyes, ears and voice for community health; they consult with residents and organizations to construct a community profile that identifies deficiencies and strengths with respect to factors that affect health, including income and social status, social support networks, education, employment, physical environments, etc.⁽¹¹²⁾ This profile is used subsequently to determine the priority issues affecting health in the community concerned, and to develop annually a Community Health Plan with primary health care and health promotion as its foundation. In turn, the DHAs must consider the community health plans when developing their annual health services business plans.

In 2002 creation of Nova Scotia Health Promotion (NSHP) as a separate ministry brought together the Sport and Recreation Commission with portions of the Population Health branch of the Department of Health to focus on health promotion and the prevention of chronic disease and injury. Later, in 2006, following a review of public health⁽¹¹³⁾, the provincial government created the Department of Health Promotion and Protection (DHPP), building on NSHP to include all public health staff as well as the Office of the Chief Medical Officer of Health – the first department of its kind in Canada.⁽¹¹⁴⁾ DHPP's expanded focus on population health, reducing disparity, healthy public policy, evidence-informed decision making and community capacity-building addresses common risk factors for the chronic diseases that take the greatest toll on Nova Scotians and burden the provincial health care system.⁽¹¹⁵⁾ Those risk factors are often in areas beyond DHPP's direct scope of action, however; therefore intersectoral collaboration is key to dealing with them. To facilitate communication, cooperation, collaboration and action among individuals, organizations, sectors and government departments on common issues and strategies, DHPP has developed what is called its "way to work." Some examples of DHPP's current collaborative intersectoral policy development and program planning efforts include:

(112) Government of Nova Scotia, Department of Health, *Users' Guide to the Health Authorities Act*, revised June 2002 p. 25, http://www.gov.ns.ca/health/downloads/ActUsers_guide.pdf.

(113) Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, op. cit.

(114) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 March 2007, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

(115) Rick Manuel, "Nova Scotia: Government Policy and Action," in Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré, and Irving Rootman (eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, Second Edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007; and Nova Scotia Health Protection and Promotion home page, <http://www.gov.ns.ca/hpp/>.

- Community Development Policy and Lens: The Department has participated in development of a Community Development Policy (CDP), which is applied in several of DHPP's Responsibility Centres.
- Nova Scotia Green Plan: The Department works closely with partners such as the Department of Environment and Labour and NGOs in connection with trail development.
- Strategy for Positive Aging: The Department was a key partner with the Seniors Secretariat in the development of a Strategy for Positive Aging. In areas such as the oral health of seniors, falls prevention, chronic disease prevention and physical activity, the Department is continuing collaborative work to reduce the risk factors for chronic disease and injury among seniors.
- Joint Environmental Health Services: In order to fulfil their respective mandates for environmental protection, the Departments of Agriculture, Environment and Labour, HPP, and Fisheries and Aquaculture have worked collaboratively to develop a framework for joint decision-making and strengthen environmental health protection.

One DHPP publication, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, illustrates some of the key lessons learned from organizations in Nova Scotia that have applied a population health approach to their work:

- Considering different perspectives on a problem can enrich its solution. Therefore the population health approach is most successful if it involves many people and organizations. Complex actions to affect the root causes of illness and the conditions that create health are more likely to succeed when partners from many sectors work together.
- It is important to allow enough time to build effective partnerships. Implementation of a population health approach requires the creation of opportunities for people to meet, plan, and collaboratively support activities on an ongoing basis.
- Because moving actions "upstream" (from local community to a region, for example) requires resource reallocation, it is important to involve policy-makers in planning population health strategies. Changing the way resources are allocated is easier if those who make decisions about resources are involved early in the planning process.
- Language/terminology must not stand in the way of building successful partnerships across sectors. Sometimes what people in the health sector refer to as the population health approach is referred to by other terms (community economic development, for example) by people in different sectors, important potential partners, who are equally concerned with the relationship between income and health status and the well-being of communities.
- The expertise of community members is an essential ingredient in planning and implementing population health strategies. Strategies vary from providing programs and services, to influencing the creation of public policy to foster healthy physical and social environments.
- Evaluation of actions affecting population health is important to help build the body of evidence about the strategies that influence the determinants of health.⁽¹¹⁶⁾

⁽¹¹⁶⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, no date. <http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/Population%20Health%20Approach.pdf>.

Nova Scotia has endorsed the Health Goals for Canada⁽¹¹⁷⁾ and the DHPP has signalled its commitment to upholding them in its policies and programs. To date it has not, however, indicated if targets will be established and, if so, how progress toward them will be monitored.

The public health review in 2006 also noted the need to expand the limited focus of the 2004 *Health Protection Act* to address the remaining public health functions (population health assessment, health surveillance, health promotion, and disease and injury prevention), and associated approaches and accountabilities. Its recommendation was, however, that the legislative update be sequenced later in the overall implementation of system renewal in order to provide time for experience with the various actions recommended in the report to inform the development of comprehensive public health legislation.⁽¹¹⁸⁾ The provincial government has agreed that the overall public health renewal and restructuring process currently underway will take some time to unfold.⁽¹¹⁹⁾

In October 2007, the government announced a series of consultations seeking community input on how best to tackle poverty throughout Nova Scotia. These consultations constitute one component of the government's development of an anti-poverty strategy for Nova Scotia. This initiative will be co-led by the departments of Community Services and Environment and of Labour.⁽¹²⁰⁾

7.3 MONITORING AND EVALUATION

Following regionalization and the creation of DHAs and CHBs, a study was conducted to study the extent to which a population health approach actually influenced health policy development at the regional level between 1997 and 2001. CHBs were expected to apply the determinants of health in formulating their annual plans and recommendations to DHAs. The study found, however, little evidence of guidance or consistency in the development of recommendations as well as confusion among both CHBs and the DHAs as to how the CHB recommendations were to be integrated into the DHA business plans. Furthermore, the disconnect between the CHB goals, which

⁽¹¹⁷⁾ Public Health Agency of Canada, *Health Goals for Canada*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home.html>.

⁽¹¹⁸⁾ Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, 2006, http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/07148_therenewalofphinnreport_apr06_en.pdf

⁽¹¹⁹⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 March 2007, p. 5, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

⁽¹²⁰⁾ Government of Nova Scotia, Department of Community Services, "Government to Hold Poverty Reduction Consultations," *News Release*, 10 October 2007, <http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20071010003>.

highlighted health promotion and population health, and the DHAs' focus on primary, acute care and hospital-based services, both led to and highlighted the absence of support for population health approaches in the plans of the DHAs. The study recommended creation of a province-wide framework for population health as well as provincial legislation making it clear that community health plans must be incorporated into regional planning in order to address the issues affecting population health. Nevertheless, the CHB community health planning process is regarded as a positive mechanism to facilitate community input and create a sense of community ownership of what happens locally to affect positively the social determinants of health.⁽¹²¹⁾

As a component of public health sector renewal, DHPP is planning in 2007-2008 to begin a multi-year, phased development of a strong science-based decision and program support unit with expertise in population health assessment, communicable and chronic disease and injury surveillance, program and policy evaluation, epidemiology, and research. It is expected that this unit will provide an evidentiary basis for demonstrably cost-effective policies and programs that are appropriately targeted and efficiently delivered.⁽¹²²⁾

Publicly initiated in January 2005, Nova Scotia Community Counts is a division of the Nova Scotia Department of Finance, established to develop the infrastructure to provide statistical information about Nova Scotian communities. It is an adaptation of the Newfoundland and Labrador government's Community Accounts, a program launched in 2002 to support that province's Strategic Social Plan.⁽¹²³⁾

(121) Christopher Dawson, Thomas Rathwell, Cari Paterson, et al., *Determining the Impact of the Population Health Approach by Community Health Boards in Nova Scotia*, Dalhousie University School of Health Services Administration.

(122) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 March 2007, p. 5, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

(123) <http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/aboutus.asp>.

Community Counts is designed to support the planning and evaluation of policy and program interventions. In relation to health, Community Counts can provide information on a range of health determinants, such as income, social support networks, working conditions and physical environments. The Community Counts database has links with other components of the health care system and with related sectors and aspects of provincial and community development.⁽¹²⁴⁾ It can be used to track population health indicators and monitor policies and programs that impact population health.

⁽¹²⁴⁾ <http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/documents/NS%20Community%20Counts%20brochure.pdf>

8.1 MAIN FINDINGS

- High-level leadership laid the groundwork for the application of population health approaches in the late 1980s and early 1990s, but a change in government and fiscal retrenchment resulted in little action on them.
- The creation of Local Health Integration Networks in 2006 has allowed some regions to apply a population health lens to the planning and delivery of health services.
- A series of early childhood development and childcare initiatives, notably the Ontario Early Years Centres, are rooted in the understanding of early childhood development as an important determinant of health.
- Although the fundamental principles of population health are well-known among government players, provincial health care organizations and many providers of health care, translating this understanding into successful policy, program and/or practice changes continues to be a challenge in Ontario.

8.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Population health emerged as a policy interest in Ontario through the late 1980s and early 1990s together with a growing understanding of the determinants of health and the need to invest in flexible and coordinated ways in the broad range of factors affecting health that cut across sectors and jurisdictions. Unfortunately this was coincident with financial restraint and increasing efforts to control escalating health care costs.

The Premier's Council on Health Strategy (PCHS) was created in 1987 with the mandate of selecting health goals for Ontario, informing the development of healthy public policies, and the identifying policies to shift the focus away from health care to health promotion and disease prevention.⁽¹²⁶⁾ Chaired by the Premier, joined by seven other Cabinet ministers as well as academic

⁽¹²⁵⁾ The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Bev Nickoloff, *Ontario's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Paradigm*, September 2007.

⁽¹²⁶⁾ Ann Pederson and Louise Signal, "The Health Promotion Movement in Ontario: Mobilizing to Broaden the Definition of Health," in Ann Pederson, Michel O'Neill and Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

physicians and representatives of health interest groups, and the business, labour and consumer sectors, the PCHS developed a *Vision of Health* and a series of provincial *Health Goals* to advance acceptance of the population health approach. The health goals included: 1) Shift the emphasis to health promotion and disease prevention; 2) Foster strong and supportive families and communities; 3) Ensure a safe, high quality physical environment; 4) Increase the number of years of good health for the citizens of Ontario by reducing illness, disability and premature death; and 5) Provide accessible, affordable and appropriate health services for all. Three broad areas, healthy child development; labour market adjustment; and environmental policy, were identified as requiring policy intervention to improve health.⁽¹²⁷⁾

Despite the fact that all three political parties endorsed the PCHS's *Vision of Health* and *Health Goals* in the Legislature in 1991, translation of these objectives into concrete policy changes or significant shifts in resource allocation patterns did not follow.

Following a change in government in 1990, PCHS was given an expanded mandate, a new structure, and a new name – Premier's Council on Health and Well-being and Social Justice (PCHWSJ). The new PCHWSJ focused on providing the government and the public with research and advice on how to build a healthy, just society. It launched a broad public education campaign to "popularize" information on the determinants of health and to mobilize individuals and communities to take greater control over those conditions that affect their health and well-being. In 1994, PCHWSJ recommended a Health for All Ontarians policy, placing the determinants of health at the top of the government's political agenda. Key to this approach were recommendations to shift resources from cure and treatment to the prevention of illness, as well as the incorporation of a health impact assessment in all Cabinet submissions.⁽¹²⁸⁾

A key initiative undertaken by the PCHWSJ was to identify policy priorities for particular population group: children and youth. This focused on leading indicators of health development, the environments involved, and key determinants of health related to four transition

⁽¹²⁷⁾ Premier's Council on Health Strategy, Healthy Public Policy Committee, *Nurturing Health: A Framework on the Determinants of Health*, March 1991.

⁽¹²⁸⁾ Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, *Health for All Ontarians: A Provincial Dialogue on the Determinants of Health*, 1995.

phases in child and youth development. These were used to establish priorities and identify strategies to raise a generation of healthy children.

Following the election of another new government in 1995, the PCHWSJ was disbanded and no government ministry was formally assigned the leadership role to continue work on population health.

Building on the work on early childhood development done by the Premier's Councils, in 1998 the government commissioned a report from Dr. Fraser Mustard and the Honourable Margaret McCain inviting recommendations on how the province could best support and most positively impact young children. The resultant *The Early Years Study* led to establishment of 103 Ontario Early Years Centres (OEYCs) that offer: early learning and literacy programs for parents and children; programs to help parents and caregivers in all aspects of early child development; programs on pregnancy and parenting; links to other early years programs in the community; and outreach activities to encourage parents to get involved with their local Centre.⁽¹²⁹⁾ Other programs developed in the following years to improve child's health include the Healthy Babies, Healthy Children program which screens all new mothers to ensure they get the supports they need to support the healthy growth and development of their children⁽¹³⁰⁾ and the Best Start Plan intended to expand the number of licensed child care spaces, increase access to subsidies, attract and retain qualified child care workers and develop other early learning and child care supports.⁽¹³¹⁾

In 2005, the Ministry of Health Promotion was created to foster a culture of health and well-being leading to reduction of the burden on the provincial health care system. The Ministry's programs and policies integrate prevention of chronic disease, health promotion, and sport and recreation programs to promote improved long-term health outcomes⁽¹³²⁾ in collaboration with communities and through partnerships across all levels of government and with the private sector to influence policy development, program design and service delivery.

⁽¹²⁹⁾ Government of Ontario, *What is an Ontario Early Years Centre?* <http://www.ontarioearlyyears.ca/oeyc/en/Questions/WhatIs.htm>

⁽¹³⁰⁾ Pegeen Walsh, Ontario Ministry of Health Promotion, *Evidence*, 6 February 2008.

⁽¹³¹⁾ Ontario Ministry of Children and Youth Services, "McGuinty Government Expands Best Start Plan for Children," *News Release*, http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOE/2005/07/28_e5315.html?lmatch=&lang=e.html

⁽¹³²⁾ Ontario Ministry of Health Promotion, *Results-Based Plan Briefing Book*, 2007-08, http://www.mhp.gov.on.ca/english/resultsplan/RbP_BriefingBook_2007-08.pdf

The *Inter-Ministerial Committee on Healthy Living* is an example of the intersectoral approach of the Ontario government. Led by the Minister of Health Promotion, the Committee is made up of the Ministers of Agriculture, Food and Rural Affairs; Children and Youth Services; Community and Social Services; Education; Environment; Health and Long-Term Care; Labour; and Municipal Affairs and Housing. It is mandated to: 1) Provide a forum to address complex issues that impact health and well-being and identify strategies for resolution; 2) Identify opportunities and approaches to increase health promotion in a range of settings (e.g., recreation centres, child care centres, schools, workplaces); and 3) Identify opportunities to leverage resources through the development of partnerships with the private sector. Experts believe that creation of this Committee constitutes a positive breakthrough and provides a long-overdue mechanism to coordinate policies affecting population and individual health.

The Ministry of Health Promotion has also been involved in a cross-government research initiative to examine persistent disparities in the health of segments of the population. The Equity in Health and Human Services Strategic Research Initiative is led by the Ministry of Health and Long-Term Care which recognizes that the levers to reduce health disparities are found primarily in other sectors: housing, education, child and youth services, labour market attachment, immigration and settlement, and corrections. The initiative seeks to lay the foundation of a sustainable, horizontal approach to developing and implementing health and human services policy, and the identification of tools to guide ministries in their investment in health and human service programming.⁽¹³³⁾

In 2006 the government created fourteen Local Health Integration Networks (LHINs) organizations to plan, integrate and fund regional health services including hospitals, community care access centres, home care, long-term care and mental health.⁽¹³⁴⁾ LHINs are to work from a population health perspective and use Population Health Profiles produced by the Ministry of Health and Long Term Care which present health indicators, health services market-share and utilization, and socio demographic determinants of health. At least one LHIN, Toronto Central, has used a population health

⁽¹³³⁾ Pegeen Walsh, Ontario Ministry of Health Promotion, *Evidence*, 6 February 2008, and Brief submitted to Subcommittee.

⁽¹³⁴⁾ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, June 2006, <http://www.blogs.opc.on.ca/wp-content/uploads/2007/07/populationhealthinontariofinal17jul2006.pdf>

lens in planning how to integrate its services.⁽¹³⁵⁾ The Champlain Region LHIN is taking a population health approach to chronic disease prevention, but has found it a challenge to reallocate resources from health services to address the broader determinants of health.⁽¹³⁶⁾

In September 2007, the provincial government implemented a Health-Based Allocation Model to allocate funding to the LHINs. This model will base each LHIN's share of funding on direct measures of health status and such population-based factors as age, gender, socio-economic status, rural geography and patient flows.

8.3 MONITORING AND EVALUATION

While the LHINs can take a population health perspective in their planning and partnerships, access to reliable, timely data has been identified as a challenge for those LHINs which wants to track a range of socio-economic indicators to conduct its planning on a population health basis.⁽¹³⁷⁾ Not only are the data sparse, so also are the data analysis and interpretation capacity required to support regional and sub-regional planning.⁽¹³⁸⁾

At least two non-governmental organizations are notable for their contribution to information on population health in Ontario. The Institute for Work and Health has played an important role in advancing understanding of the effects of work as a determinant of health, including the causes of work-related disability, optimal approaches to return-to-work, and the adequacy and equity of income security benefits in Canada. The current priority of the Ontario Prevention Clearinghouse is to demonstrate the importance and cost-effectiveness of prevention and health promotion strategies, with specific emphasis on early childhood development, chronic disease prevention, and social inclusion. In 2007, it released *Primer to Action*, a resource to help practitioners concerned about the social determinants of health identify beneficial actions.⁽¹³⁹⁾

⁽¹³⁵⁾ Laura Pisko-Bezruchko, Toronto Central Local Health Integration Network. *Evidence*, 6 February 2008.

⁽¹³⁶⁾ Dr. Andrew Pipe, University of Ottawa Health Institute, *Evidence*, 6 February, 2008.

⁽¹³⁷⁾ Laura Pisko-Bezruchko, Toronto Central Local Health Integration Network. *Evidence*, 6 February 2008.

⁽¹³⁸⁾ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, June 2006, <http://www.blogs.opc.on.ca/wp-content/uploads/2007/07/populationhealthmontariofinal17jul2006.pdf>

⁽¹³⁹⁾ Ontario Chronic Disease Prevention Alliance, Ontario Prevention Clearinghouse and the Canadian Cancer Society, *Primer to Action : Social Determinants of Health*, March 2007, http://www.oedpa.on.ca/rpt_PrimerToAction.htm

9.1 MAIN FINDINGS

- Prince Edward Island adopted a population health perspective in 1993 and enshrined its population health policy in the *Health and Community Services Act* which identified the mechanisms through which population health policy would be implemented – regional governance and block funding.
- With this legislation, Prince Edward Island became one of the first jurisdictions in Canada to shift resources with the goal of addressing the determinants of health.
- The integration and coordination of a broad array of health, social and community services under regional authorities was an attempt to increase efficiency, emphasize the range of factors that determine health, and bring the planning and delivery of services closer to communities in order to meet local needs.
- Intersectoral collaboration and reallocation proved to be a long term process and a multi-staged policy objective. Partnerships, integration and informal resource shifts are created and are accomplished only slowly.
- Barriers to the implementation of population health policy proved to be both structural and systemic, involving public perception, union agreements, turf protection in the health care field, reduced level of funding and repeated organisational changes.

9.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

The development and implementation of population health policy in Prince Edward Island was initiated in 1991 when the provincial government established a task force to consider the future of health, social and community services. At that time, the health care system and many social and community services were managed province-wide by government departments, agencies and boards; there were widespread concerns about rising costs and greater service utilization, the effectiveness of services in meeting peoples' needs, and a lack of community involvement in decision making.

In *Health Reform: A Vision for Change*, a Task Force concluded in 1992 that healthy public policy was lacking in Prince Edward Island and that there was little coordination of health policy development with other sectors of government such as education, youth and environment. It recommended a new vision based on a population health approach emphasizing wellness promotion

need-based planning, community-based services, and local involvement in the planning and delivery of an integrated broad set of health and social services. It also recommended establishment of a provincial health policy council to develop health goals and policies, and to encourage healthy public policy among all government sectors.⁽¹⁴⁰⁾

The government responded positively and a Health Transition Team was established to plan for implementation of the Task Force's recommendations. In *Partnerships for Better Health*, released in 1993, the Team clearly acknowledged the need to address the broad range of health determinants through a population health approach. It also highlighted the need for health promotion and recognized that primary health care should be based partly on the integration of health, social and economic development. It recommended regionalization of health and social services, development of a resource centre for health promotion, development and implementation of community needs assessment by the new regional authorities, and establishment of a pilot community health centre project.⁽¹⁴¹⁾

In the same year the legislature passed the *Health and Community Services Act*, decentralizing significantly the organizational structure supporting the delivery of health, social and community services in the province. It created five regional authorities, with the responsibility of assessing their population's health needs, setting priorities, allocating budgets, employing service providers, and managing and delivering a wide range of health and social services including: hospital services, home care, mental health, public health, addiction services, child welfare, income security, public housing, job creation and employment enhancement, seniors' social services, community development, probation and correctional services, and various other health and social services (prescription drugs, physician services and education were not included). Each regional authority was given funding for all services combined in the form of a block budget.⁽¹⁴²⁾ Block funding was intended give regional decision makers the flexibility to address the broad determinants of health through

⁽¹⁴⁰⁾ Task Force on Health, *Health Reform: A Vision for Change*, PEI Cabinet Committee on Government Reform, Government of Prince Edward Island, March 1992.

⁽¹⁴¹⁾ Health Transition Team, *Partnerships for Better Health*, Government of Prince Edward Island, June 1993.

⁽¹⁴²⁾ Prince Edward Island, *Health and Community Services Act*, Assented to 1993 and repealed in 2005.

program management and resource allocations that responded to local needs. No other Canadian jurisdiction has devolved authority for such a broad array of combined health and social services.⁽¹⁴³⁾

The Act also created two new central agencies, the Health Policy Council to set broad health goals and provide advice to the Minister, and the Health and Community Services Agency to define the core services that the regions would be required to provide, set regional budgets and human resource policies, and provide the regional authorities with program development support.

The Health Policy Council released its draft health goals in 1994 for broad distribution and discussion:

1. A new understanding of health – based on health determinants, with a greater focus placed on health promotion and disease prevention.
2. Healthy individuals, families and communities – to build strong and supportive families and communities.
3. A healthy environment – to preserve and promote healthy and safe physical environments.
4. Quality in health and community services – to provide appropriate, accessible and sustainable health services and ensure that resources are managed fairly and wisely.
5. Healthy public policy – public policy in social, economic, cultural and physical environments has a powerful influence on health. Health impact assessments must be undertaken by other sectors of public policy.⁽¹⁴⁴⁾

For its part, the Health and Community Services Agency released its strategic plan in 1995. It included four goals:

1. To strengthen families, individuals and communities, with a focus on early childhood development, communicable disease control and at risk population groups.
2. To provide an integrated range of health services – client-based, accessible and affordable with an emphasis on the broad determinants of health.
3. To develop human resources within the health care system and to utilize all providers in the most appropriate ways.
4. To build efficiencies and effectiveness in health care delivery.⁽¹⁴⁵⁾

⁽¹⁴³⁾ Jonathan Lomas, John Woods and Gerry Veenstra, "Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: An Introduction to the Issues," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 156, Issue 3, February 1997, pp. 371-
<http://www.cmaj.ca/content/vol156/issue3/>.

⁽¹⁴⁴⁾ Health Policy Council, *Draft Health Goals for Prince Edward Islanders*, Government of Prince Edward Island Discussion paper, December 1994.

⁽¹⁴⁵⁾ Health and Community Services Agency, *Health and Community Services System – Provincial Plan*, Government of Prince Edward Island, June 1995.

In 1997, to make regional decision makers directly accountable to the Minister the Health Policy Council was eliminated and the Health and Community Services Agency was amalgamated with the Department of Health and Social Services.¹⁴⁶ The regional authorities were also relieved of responsibility for probation and correctional services. Yet, acute care, home, long term and continuing care, public housing, social services, addiction, child welfare, employment enhancement and income security remained in the single regional global budget envelope.

In 2001, the government released its *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System*. Although the broad set of health determinants were recognized, the Strategic Plan focused heavily on the demand and supply of health care, individual responsibility for health, and public confidence in the health care system. It proposed six new health goals:

1. Improve the health status of the population.
2. Increase personal responsibility for health.
3. Improve sustainability of the system.
4. Improve public confidence in the system.
5. Improve workplace wellness and staff morale.
6. Maintain other results at current levels.

The Strategic Plan identified various health status indicators by which to measure and report regularly on progress in relation to each goal.¹⁴⁶ The first report was released in January 2003, a second in December 2004, and the most recent report in October 2006.¹⁴⁷

The Strategic Plan also enumerated a set of wellness initiatives, announced the creation of a provincial child development strategy, and directed increased partnerships with other departments and agencies, with communities, NGOs, health professionals and the private sector to address the determinants of health. Its wellness initiatives focused on disease prevention, the promotion of healthy lifestyles, wellness for seniors, healthy public policy, public and employee wellness recognition, and support for low income families. The Strategic Plan did acknowledge that additional strategies would be needed to reduce health disparities.

⁽¹⁴⁶⁾ Department of Health and Social Services, *Pathways to Wellness and Sustainability: Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System, 2001-2005*, Prince Edward Island Government, December 2001, <http://princeedwardisland.com/publications/getpublication.php3?number=711>.

⁽¹⁴⁷⁾ Department of Health, *Prince Edward Island Health Indicators*, Prince Edward Island Government, October 2006, <http://www.gov.pe.ca/publications/getpublication.php3?number=1355>.

In 2002, the provincial government removed responsibility for hospital care and addiction services from the regional authorities, transferring it to the newly formed Provincial Health Services Authority. Then, in 2005, a major reorganization of the health and social services system was announced, ending the regional approach to implementing population health policies and programs in Prince Edward Island. The regional authorities were brought together with the Provincial Health Services Authority as one system under the Department of Health. Community Hospital Boards were established to oversee, manage and plan for community hospitals. A separate Department of Social Services and Seniors was created to focus on children, social services and the special needs of seniors. The government estimated that these changes would result in cost savings of \$9 million each year through reduced overlap, duplication and administration.⁽¹⁴⁸⁾ This reorganization implemented alternative mechanisms for program delivery and resource allocation that, to some extent, impacted negatively the province's focus on population health.

Currently, the Department of Health works with stakeholders to promote health and prevent illness through several collaborative, intersectoral approaches to some health determinants. These include the Strategy for Healthy Living (launched in 2003), the Cancer Control Strategy (since 2004) and the Healthy Child Development (with the Department of Social Services and Seniors).⁽¹⁴⁹⁾

9.3 MONITORING AND EVALUATION

While the *Health and Community Services Act* did not include a provision for monitoring and evaluation, three research projects monitored the reforms and assessed their impact. A joint funding agreement between the federal (Health Canada) and provincial (Department of Health and Social Services) governments led to the establishment of a small group in the latter department known as the System Evaluation Project (SEP). Between 1997 and 1999, SEP developed protocols and guidelines to assist in the evaluation of the cross-sectoral reallocation of resources resulting from the 1993 reform; it also produced a summary document.⁽¹⁵⁰⁾⁽¹⁵¹⁾ Another research project was jointly

⁽¹⁴⁸⁾ Government of Prince Edward Island, *Provincial Budget – Backgrounder: Health and Social Services*, April 2005 <http://www.gov.pe.ca/budget/2005/backgrounders/health/index.php>.

⁽¹⁴⁹⁾ Ministry of Health, *Annual Report for the Year Ending March 31, 2006*, Government of Prince Edward Island, 2006.

⁽¹⁵⁰⁾ The System Evaluation Project produced eight reports: *A Guide to System Evaluation: Assessing the Health and Social Services System in PEI* (1997); *A Conceptual Framework for Cross-Sectoral Reallocation of Resources* for

funded by the Canadian Health Services Research Foundation, the McMaster Institute of Environment and Health and the provincial Department of Health and Social Services.⁽¹⁵²⁾ More recently, a third group of Canadian researchers reported their findings on the Prince Edward Island experience with population health policy over the 1993-2001 period.⁽¹⁵³⁾ The evidence is summarized below:

- The objectives of the reform were clear: to move away from an emphasis on health care toward a focus on the non-medical determinants of health. Within health care, there was also a desire to move away from institutional toward community-based care.
- Although a population health approach figured prominently in the objectives, the reform documents identified several other equally important objectives including more primary health care, improved effectiveness and efficiency through service coordination and integration, need-based planning, increased personal responsibility for health, and increased community involvement in decision making.
- Policy makers in different government sectors involved in the reform saw the importance of the objectives differently. Whereas the Health Policy Council gave priority to addressing the determinants of health, the Health and Community Services Agency focused on fostering community development, improving integration and coordination, and reducing duplication of services. The department of Health and Social Services, influenced by the government's fiscal concerns, emphasized the need for improvements in both the effectiveness and efficiency of health service delivery.
- At the regional level, the pursuit of so many goals simultaneously affected resource reallocation in two ways. Their sheer number divided the attention of decision-makers among multiple, often competing, objectives, all seemingly of equal importance. Moreover, that some goals (such as improving administrative efficiency) were easier to achieve than others (such as reallocation), probably explained why regional managers moved more slowly on the latter.
- Regionalization required the adjustment and renegotiation of labour agreements, and allowing for the transition of employees from government departments and central or provincial agencies to the regions. This required considerable time.

Health (1998); *Data Collection Instruments for Evaluating Health and Social Service Systems* (1998); *Decision Support Tools for Cross-Sectoral Investments in Population Health in the Context of Health System Change* (1998); *Facilitating Staff Involvement in the Shift to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Preparing for Media Communications about Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Scan and Plan: Meeting and Managing Potential Challenges to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); and *Summary of Results* (1999).

⁽¹⁵¹⁾ In 1999, the provincial government decided that it was time for action rather than further study. Accordingly, SEP was reorganized and its staff members were assigned other evaluation responsibilities.

⁽¹⁵²⁾ John D. Eyles, Greg L. Stoddart, John N. Lavis, Tina Pranger, Laurie Molyneaux-Smith and Colin McMullan, *Making Resource Shifts Supportive of the Broad Determinants of Health: The PEI Experience*, Canadian Health Services Research Foundation, January 2001, http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/eyles_report.pdf.

⁽¹⁵³⁾ Greg L. Stoddart, John D. Eyles, John N. Lavis and Paul C. Chaulk, "Reallocating Resources across Public Sectors to Improve Population Health," Chapter 12 in *Healthier Societies – From Analysis to Action*, 2006, pp. 327-47.

- The shifting of resources necessary to develop and implement population health policy is a long term process that can only be facilitated through a long standing commitment to it. The period of the reform, from 1993 to 2001, may not have provided time sufficient for the necessary adjustments and reallocation to take place, nor for them to have any significant impact on health.
- In principle, block funding provided the flexibility to shift resources between the various sectors affecting health and afforded wide scope for reallocation at the regional level. In practice, however, reallocation was limited by three factors. First, the envelopes were allocated to regional authorities based largely on the historical flow of funds, not according to assessment of the respective needs of the regional populations. Second, block funding continued to be reported in governmental budget documents on a line-by-line (i.e., by program) basis, thereby creating rigidities from the outset. And third, cuts to federal transfer payments led to fiscal retrenchment by the provincial government immediately following implementation of the reform; this reduced the discretionary room available to the regions after providing core services and weakened their effectiveness in reallocating resources.
- Regional governance facilitated cross-sectoral reallocation to some extent; it helped ensure intra-regional partnership, integration, coordination and enhanced accountability at the community level. It did, however, diminish inter-regional cooperation.
- Although the reform generated an organizational culture supportive of population health, the regional authorities perceived that the general public needed more time and education to understand fully the shifting of resources particularly away from acute care. The public's reaction to the possibility of reallocating resources away from health care suggested a deeply rooted belief in the importance of health care relative to the impact of social and economic determinants. Education of the public to correct that misperception is essential to support reform.
- The interests of physicians, hospital workers and other service providers also played a role in determining the reform's pace of change. Although some providers, such as those in community care or social service sectors, saw themselves or their sectors as "winners", most workers in the largest sector – institutional care – were concerned about the risk of job losses and/or changes to their working conditions. From the outset, their opposition was strong and vocal.
- For these reasons, reallocation was affected by political concerns, public opinion, changing budget levels, turf protection in the health care field and union agreements and was very difficult to achieve. Regional managers found it extremely difficult to implement major changes to move resources "to upstream prevention from downstream rescue." Such reallocation as did occur involved, in part, staff, space, equipment and information rather than financial resources.
- Evaluation of efforts to shift resources, to assess their impact and the satisfaction of patients and clients could have helped win acceptance and approval of the concept.
- Prince Edward Island-has been a pioneer among the provinces and territories in establishing mechanisms to achieve resource shifts supportive of population health.

10.1 MAIN FINDINGS

- Québec adopted a public policy approach based on population health in 1992. This approach was innovative at the time, since it called for the involvement of all sectors of government and society in an intersectoral approach designed to improve health and reduce health disparities.
- This policy was renewed and strengthened in 2001 with passage of the *Public Health Act*, one purpose of which was to put in place a government-wide policy based on population health. Section 54 of the Act, which is internationally recognized for its innovative character, assigns to the minister of health and social services the power to initiative and issue advice proactively to other ministers for the purpose of promoting and supporting policies that foster the health of the population.
- Section 54 also obliges government departments and agencies to analyze the health impacts of the proposed laws and regulations. To that end, the department of health and social services has prepared a guide which describes the steps to follow in conducting health impact assessments.
- The *Public Health Act* and the provincial public health program that is its result empower the health sector to influence policy development. The main challenge is to persuade departments whose programs impact on the non-medical determinants of health to participate in the development of healthy public policies.
- Québec's population health policy also emphasizes the need to reduce income inequalities. In 2002, the National Assembly passed the *Act to combat poverty and social exclusion*, which is intended to reduce poverty progressively over a period of ten years. As for the reduction of health disparities, here too intersectoral action is essential.

10.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Development of Québec's population health policy was undertaken in the wake of the international "Health for All" movement launched in the early 1980s under the auspices of the World Health Organization. In 1984, the Conseil des affaires sociales et de la famille [Council on social affairs and the family] submitted to the government *Objectif santé*, the report of its Comité d'étude sur la promotion de la santé [Working committee on health promotion]. This report profiled the status of health in Québec, examined the principal determinants of health, formulated health and well-being objectives, and proposed actions based on the population health approach.⁽¹⁵⁴⁾ Similarly, in a report

⁽¹⁵⁴⁾ Comité d'étude sur la promotion de la santé, *Objectif santé*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Gouvernement du Québec, 1984.

tabled in 1988, the later Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux [Commission of inquiry on health and social services] proposed the adoption of six major orientations, including a government-wide policy based on population health that was presented as an "[translation] indispensable corollary to an evidence-based approach."⁽¹⁵⁵⁾

In response, the Québec department of health and social services (MSSS) adopted in 1992 its *Policy on Health and Well-being*. Resolutely oriented toward the population health approach, this policy assigned high priority to the non-medical determinants of health and clearly featured concern about health disparities and income inequalities in Québec. Regarded at the time as innovative, this was the first policy statement to call for the involvement of all sectors of government and the community in an intersectoral approach to a common goal. The *Policy on Health and Well-being* was founded on three principles: (1) health and well-being are influenced by ongoing interaction between the individual and the environment; (2) the maintenance and improvement of health and well-being depend on the balanced sharing of responsibilities among individuals, families, communities, public authorities, and society as a whole; (3) the population's health and well-being is a fundamental societal investment. The strategies proposed were designed to: (1) encourage reinforcement of each individual's potential; (2) provide support in social settings and develop safe environments; (3) improve living conditions; (4) act for and with groups at risk; (5) coordinate the policies and strategies of all departments toward these ends; and (6) reorient the health care system toward the most effective and least costly solutions.⁽¹⁵⁶⁾

In 1997, the MSSS published *Québec Priorities in Public Health 1997-2002*. This policy paper was intended to define better the health sector's contribution to the objectives proposed under the *Policy on Health and Well-being*. In addition to an increased commitment to reducing health disparities and income inequalities,⁽¹⁵⁷⁾ seven priorities were adopted: (1) development and social adjustment of children and youth; (2) diseases preventable by immunization; (3) HIV-AIDS and sexually transmitted diseases; (4) breast cancer screening; (5) smoking; (6) unintentional and intentional injury; and (7) alcoholism and drug addiction.

⁽¹⁵⁵⁾ Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, *Rapport final*, Gouvernement du Québec, 1988.

⁽¹⁵⁶⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *The Policy on Health and Well-being*, Government of Québec, 1992. <http://www4.banq.qc.ca/pgq/2007/3256156.pdf>.

⁽¹⁵⁷⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Des priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf.

An evaluation conducted at the end of the decade (1992-2002) covered by the *Policy on Health and Well-being* revealed that the health sector and the entire community had been encouraged to adopt a more comprehensive vision of health and its determinants and to focus on certain common objectives related to health and well-being. It also showed that the policy had successfully mobilized and structured community action, essential in the population health approach. Other positive effects of the *Policy on Health and Well-being* were the development of indicators of health and well-being and increased financial support for population health research. The participation by governmental sectors other than health and social services, however, were notably lacking and MSSS was criticized for its lack of leadership in securing the support of other government departments and agencies; the government as a whole was faulted for the absence of a formal commitment to require and facilitate the support of all its departments and to advocate intersectoral action. Finally, the evaluation recommended renewal of the policy with emphasis being put specifically on active participation of sectors whose programs have important impacts on the non-medical determinants of health.⁽¹⁵⁸⁾

In 2001, the National Assembly passed the *Public Health Act*, one of the objectives of which is to establish a government-wide policy based on the health of the population.⁽¹⁵⁹⁾ Section 3 in particular refers explicitly to a population health approach, which calls for “means of exerting a positive influence on major health determinants, in particular through intersectoral coordination.” Furthermore Section 54, also internationally recognized for its innovative character, provides major leverage to develop government-wide policy based on population health through obliging all departments to analyse the health impacts of their proposed laws and regulations. It also assigns to the minister of health and social services the power to issue proactive advice to other ministers with the goal of promoting health and supporting the adoption of policies that foster the health of the population.⁽¹⁶⁰⁾ In addition, Sections 53, 55 and 56 assign public provincial, regional and local health authorities responsibility for the determinants of health by encouraging intersectoral collaboration.⁽¹⁶¹⁾

⁽¹⁵⁸⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être: une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002*, Gouvernement du Québec, 2004, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument>.

⁽¹⁵⁹⁾ Government of Québec, *Public Health Act*, R.S.Q., ch. S-2.2, 2001, <http://www.canlii.org/clijsa/highlight.do?language=en&searchTitle=Québec&path=/qc/laws/sta/s-2.2/20070813/whole.html>.

⁽¹⁶⁰⁾ “The Minister is by virtue of his or her office the advisor of the government on any public health issue. The Minister shall give the other ministers any advice he or she considers advisable for health promotion and the adoption of policies capable of fostering the enhancement of the health and welfare of the population. In the Minister’s capacity

In response to the *Public Health Act*, the MSSS launched in 2002 the *Québec Public Health Program 2003-2012*. This program proposed five strategies: (1) strengthen the potential of individuals; (2) support community development; (3) participate in intersectoral actions that support health and well-being; (4) support vulnerable groups; and (5) encourage use of effective clinical preventive practices.⁽¹⁶²⁾ Experts say that the program is too new to assess the effects of its implementation, but that it has good potential given the legislative instruments advanced to encourage interdepartmental collaboration in the development of public policies to enhance the health of the population.⁽¹⁶³⁾

10.3 MONITORING AND EVALUATION

While the adoption of Section 54 was an important step toward the development of policies favourable to health, its implementation presents major challenges which are addressed by a guide to the assessment of the potential effects on health and well-being of the various proposed laws and regulations,⁽¹⁶⁴⁾ prepared by MSSS, for government departments and agencies. An intergovernmental process has also been established to facilitate conducting these assessments. It has three objectives: (1) to permit government departments and agencies to assess the health impacts of proposed laws and regulations while they are being formulated; (2) to facilitate the adoption of

as government advisor, the Minister shall be consulted in relation to the development of the measures provided for in an Act or regulation that could have a significant impact on the health of the population.”

⁽¹⁶¹⁾ Louise St-Pierre and Lucie Richard, “Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006: progrès certains, ambiguïtés persistantes,” chapter 10, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives et critiques* (Les Presses de l’Université Laval, 2006), pp. 183-204.

⁽¹⁶²⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Québec Public Health Program 2003-2012*, Government of Québec, 2003, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document-publication.nsf/ed7acbc94b126301852566de004c8587/f83fd818c4afad8085256c3800553476?OpenDocument>.

⁽¹⁶³⁾ Nicole F. Bernier, “Québec’s Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organization,” *Journal of Public Health Policy*, 27, 1 (2006), pp. 22-37.

⁽¹⁶⁴⁾ This guide includes two documents: (1) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le dépistage Processus d’évaluation des impacts sur la santé*, Gouvernement du Québec; (2) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le cadrage et l’évaluation préliminaire – Processus d’évaluation des impacts sur la santé*, Gouvernement du Québec, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/organisa/LoisRegl.nsf/77b66363fd8d8cad85256714005bc2fa7c1ca76a4f0ac99085256b5d004dd0e9?OpenDocument>.

measures to mitigate the negative effects of laws and regulations on health; and (3) to provide information when decisions are being made by government authorities.⁽¹⁶⁵⁾

The *Public Health Act* also establishes different ways to monitor changes in the health status of the population and disseminate the resulting information, including in provincial reports. The first such report, released in 2005, notes: “The principal intersectoral means that are likely to influence the common determinants must target the following goals: to reduce poverty and inequalities, to preserve the physical environment, to foster the development of supportive communities, to support the adoption of healthy lifestyles and to support child and youth development.”⁽¹⁶⁶⁾ It does not specify, however, how the intersectoral approach is to be mobilized and structured.

To support implementation of Section 54, the government also set up a research program to study public policies favourable to health and well-being. This program, under the aegis of the Groupe d’étude sur les politiques publiques et la santé [Task force on public policies and health], is the result of a partnership between the MSSS, the Institut national de santé publique du Québec, the Fonds de recherche en santé du Québec and the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.⁽¹⁶⁷⁾

Finally, in 2007 the MSSS published *La santé, autrement dit...*, addressed both to government departments and agencies and to community organizations, a tool intended to raise awareness of the determinants of health and to focus action on enhancing the health of the population. It offers a succinct profile of government programs and initiatives as they relate to eight major determinants of health: lifestyle, education, housing, transportation, urban planning, physical

⁽¹⁶⁵⁾ For more information on this subject, see the following two documents: (1) Jean Turgeon, *L’adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec*, Paper presented at the École nationale de santé publique, Rennes, France, 17 March 2005, <http://www.gepps.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.15.19.22>; and (2) Groupe d’étude sur les politiques publiques et la santé, *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec : Huit études de cas Résumés*, May 2007, [http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas%20resum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas%20\(n\).gepps.30mar2007.pdf](http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas%20resum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas%20(n).gepps.30mar2007.pdf).

⁽¹⁶⁶⁾ National Public Health Director, *Producing Health – National Report on the Health Status of the Population of Québec*, Government of Québec, 2005, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-228-02A.pdf>.

⁽¹⁶⁷⁾ Groupe d’étude sur les politiques publiques et la santé, <http://www.gepps.enap.ca/fr/nouvelles.aspx?sortcode=1.15.22>.

environment, social environment, and income.⁽¹⁶⁸⁾ It provides a good summary of the Québec government's effort to implement a government-wide population health based approach.

10.4 INTERSECTORAL ACTION PLAN TO COMBAT POVERTY

Under the 1992 *Policy on Health and Well-being*, the MSSS committed itself to partnering with other departments and agencies concerned by poverty and the social dependence it causes in order to formulate a government action plan to reduce poverty, with priority given to families with young children. Between 1993 and 2002, the MSSS, set up a number of committees charged with development of departmental policies to reduce income disparities and health inequalities.

In response to the recommendations of these committees, the government tabled in 2002 its *National Strategy to Combat Poverty and Social Exclusion*, drawn up around five major themes: (1) promoting personal empowerment; (2) strengthening the social and economic safety net; (3) promoting job access and employment; (4) mobilizing society as a whole; and (5) ensuring consistency and coordination of action at all levels.⁽¹⁶⁹⁾

In the same year, the National Assembly passed the *Act to combat poverty and social exclusion*,⁽¹⁷⁰⁾ built around the intention to make Québec progressively (over a ten-year period) one among the industrialized nations with the least number of persons living in poverty. Its adoption makes Québec the second jurisdiction in the world (after France) to enact legislation to combat poverty through consistent and coherent interventions. Section 12 of the Act provides for the adoption of an action plan specifying how the government plans to achieve its goal. The *Government Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion* was released in 2004.⁽¹⁷¹⁾ It contains measures to improve the

⁽¹⁶⁸⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Gouvernement du Québec, 2007, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/1a165acb041a1e7a852572db004c26f3?OpenDocument>.

⁽¹⁶⁹⁾ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *National Strategy to Combat Poverty and Social Exclusion – Policy Statement*, Government of Québec, 2002, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index_en.asp?categorie=portailcrsaca/sr.

⁽¹⁷⁰⁾ Government of Québec, *An Act to combat poverty and social exclusion*, R.S.Q., ch. L-7, 2002, <http://www.canlii.org/elisa/highlight.do?language=en&searchTitle=Québec&path=qc:laws:sta-l-7/20070813/whole.html>.

⁽¹⁷¹⁾ Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Reconciling Freedom and Social Justice: Challenge for the Future – Government Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion*, Government of Québec, April 2004, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index_en.asp?categorie=portailcrsaca/sr.

income of low-income persons and families, invest in social housing, initiatives to promote food security and other important measures for recipients of Employment Assistance. Finally, it also contains measures to adapt actions to the realities facing Aboriginal peoples.

One of the Act's requirements is for an annual report by the minister of employment and social solidarity on activities implemented under the Government Action Plan. While the 2006 report, prepared by no fewer than eight government departments and two government agencies,⁽¹⁷²⁾ presents no poverty indicators by which progress made since the passage of the Act might be assessed, it does underscore the importance of the intersectoral approach and of a commitment of society as a whole to achieving the goal.⁽¹⁷³⁾

⁽¹⁷²⁾ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, Ministère du Travail, Ministère des Affaires municipales et des Régions, Société d'habitation du Québec and Secrétariat à la jeunesse.

⁽¹⁷³⁾ Government of Québec, *Year Two Report – Government Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion 2004-2009*, 2006,
http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index_en.asp?categorie=portail/er_saca_sr.

11.1 MAIN FINDINGS

- Strong collaborative research and policy partnerships such as the Saskatchewan Population Health Promotion Partnership and Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit have played a significant role in the evolution of population health approaches in Saskatchewan.
- The 2004 provincial Population Health Promotion Strategy requires regional health authorities to apply a population health promotion approach to four priority areas: mental well-being; accessible nutritious food; decreased substance use/abuse; and active communities.
- Key vehicles for intersectoral collaboration among provincial departments are the Human Services Integration Forum and, at a regional level, Regional Intersectoral Committees.

11.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

The development of population health policy in Saskatchewan has been shaped by a number of key initiatives dating back to when the health care sector was restructured in the early 1990s. The restructuring resulted in the creation of 30 district health boards (merged in 2002 into Regional Health Authorities (RHAs)) that were given the responsibility to plan, manage, integrate and deliver a range of health services in their districts, including: assessment of the health needs of the population served, assessment and case management of individuals, illness prevention, home-based services and hospital care. A needs-based formula was introduced to fund them.

Following extensive community consultations, the Saskatchewan Provincial Health Council released *Population Health Goals for Saskatchewan* in 1994. This recognized the broad range of factors that determine or influence health and provided a framework to improve the health status of people and communities in Saskatchewan. The goals were: 1) Reassess what determines health; 2) Social justice and equity; 3) Supportive families and communities; 4) A healthy physical environment; 5) Health promotion; and 6) Shared responsibility.⁽¹⁷⁵⁾

⁽¹⁷⁴⁾ The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Bev Nickoloff and entitled, *Saskatchewan's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Paradigm*, November 2007.

⁽¹⁷⁵⁾ Saskatchewan Provincial Health Council, *Population Health Goals for Saskatchewan*, October 1994. A follow-up document, *Your Health, My Health, Our Health: Our Individual and Collective Responsibilities – A Discussion Paper on the Determinants of Health*, was released in 1996.

To strengthen population health approaches in Saskatchewan, an intersectoral alliance called the Saskatchewan Population Health Promotion Partnership was launched in 1996.⁽¹⁷⁶⁾ The partnership coordinated the development of a conceptual framework to guide the work of RHAs in the promotion of population health (discussed below), led demonstration projects on a population health prevention approach to prevent type 2 diabetes, and organized health promotion summer schools, training events, and research on evaluation.⁽¹⁷⁷⁾

In 1999, the government issued *Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities* with definitions, principles and strategies for population health promotion to help RHAs understand their role in promoting population health and to provide insights on how to work effectively with other sectors.⁽¹⁷⁸⁾

Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan was released⁽¹⁷⁹⁾ in 2004, to provide a framework for the promotion of population health at the local, regional and provincial levels; it also defined four long-term priorities for the promotion of population health: mental well-being; accessible nutritious food; decreased substance use/abuse; and active communities. The Strategy highlighted the need of those working in the health sector to work with other sectors, government departments and external stakeholders to make and sustain change leading to improvements in the health of individuals and communities. In addition to outlining the vision, framework and priority issues for the promotion of population health in the province, the Strategy was intended to support other key government initiatives such as primary health care reform, and its Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy.

⁽¹⁷⁶⁾ Initial partners included: Health Canada; Saskatchewan Health's Population Health and District Management Services Branches; the Prairie Region Health Promotion Research Centre; the provincial health districts, through representatives of the Health Promotion Contacts Group; the Saskatchewan Association of Health Organizations; the Saskatchewan Public Health Association; the Human Services Integration Forum; the Métis Family and Community Justice Services; the Federation of Saskatchewan Indian Nations; and the Saskatchewan Indian Federated College.

⁽¹⁷⁷⁾ Lewis Williams, "Health Promotion in Saskatchewan: Three Developing Approaches," in Michel O'Neill et al., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007; and Natalie Kishchuk, "Case Studies of the Regional Mobilization of Population Health," Prepared for the Regional Offices, Population and Public Health Branch, Health Canada, 2001, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/case_studies/index.html

⁽¹⁷⁸⁾ Saskatchewan Health, *A Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, 1999, <http://www.health.gov.sk.ca/health-promotion-framework>

⁽¹⁷⁹⁾ Saskatchewan Health, *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*, 2004, <http://www.health.gov.sk.ca/phb-promotion-strategy>

The government has partnered with RHAs to apply population health promotion initiatives. Saskatchewan's RHAs have each developed its own regional population health promotion strategies based on the provincial strategy but reflecting each region's needs, priorities, resources, and capacity; these are updated annually. For example, RHA activities contributing to the accessible nutritious food and active communities priorities of the Strategy include:

- Building capacity to support access to nutritious, affordable food, including food costing, good food boxes, community kitchens, leadership development, and food charters;
- Implementing health region and school food/nutrition policies including the collection of baseline data in September 2006 to monitor progress;
- Establishing partnerships to support the work of the sport and recreation sectors;
- Addressing barriers to physical activity through infrastructure changes, active transportation, facility access, and cost-reduction initiatives; and
- Working to increase breastfeeding rates including development of policies and the creation of an indicator to monitor progress.

Although some funding is provided according to needs-based population formulas, historical utilization expenditures continue to dominate the allocation of resources to RHAs rather than an understanding of the population health needs in a given region. Integration of physician services and social and educational services is still more rhetorical than real. The province does have, however, a network of Regional Intersectoral Committees (RICs) that promote integrated human service policy development and planning, in a manner consistent with a population health approach.

The ten RICs are each staffed by a coordinator who helps the committee carry out its mandate and helps to build community capacity. Each committee is made up of representatives of the provincial and federal government departments, health districts, school divisions, Regional Colleges, the Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology, housing authorities, police, tribal councils, Métis organizations, and community organizations.⁽¹⁸⁰⁾ Their activities include:

- Working to support community-based planning systems for human services.
- Establishing data collection/information sharing strategies including the development of community profiles in some regions.
- Encouraging the formation of interagency groups or action teams to address issues affecting vulnerable children, youth and families and, in particular, early childhood and youth at risk.
- Supporting existing community interagency groups with planning advice, project funding, and communication support.

⁽¹⁸⁰⁾ Saskatchewan Ministry of Education, "Regional Intersectoral Committees," <http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/rics.shtml>

- Coordinating local reviews of a variety of projects supported by, for example, Prevention and Support Grants, Community Initiatives Fund, federal Population Health, National Crime Prevention funding, etc.
- Supporting the implementation of an integrated case management approach for cases with complex needs.
- Facilitating community involvement in consultation processes such as Early Years, National Children's Agenda and the Role of Schools.

The RICs are supported provincially by the Associate and Assistant Deputy Ministers' Forum on Human Services which was formed in the fall of 1994 in response to the need for coordination by senior government and growing demand for holistic, integrated human services. The Forum was restructured in 1999 and renamed the Human Services Integration Forum (HSIF). It is led by a Steering Committee made up of the following departments:⁽¹⁸¹⁾ Education; Justice, Health; Corrections and Public Safety; Community Resources and Employment; Culture, Youth and Recreation; First Nations and Métis Relations; and the Executive Council.

The objectives of the Forum are to: establish and maintain mechanisms to promote and facilitate interagency collaboration, integrated planning and service delivery; to identify and address barriers; to provide funding and policy support; to provide educational supports to human service providers; and, to make the most efficient and effective use of resources. Its policy planning and program development priorities have included early childhood development, youth and citizens in vulnerable circumstances.

11.3 MONITORING AND EVALUATION

In 1999, the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) was established as a non-profit research institute by the University of Regina, the University of Saskatchewan, Saskatchewan Health, the Saskatchewan Association of Health Organizations, and the Health Services Utilization and Research Commission. Since its creation, SPHERU has played a key role in promoting research into population health. Research undertaken by SPHERU is currently organized into three theme areas: northern and Aboriginal health; healthy children, and; rural health.⁽¹⁸²⁾

⁽¹⁸¹⁾ Saskatchewan Ministry of Education, "Human Services Integration Forum," <http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/index.shtml>

⁽¹⁸²⁾ Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, "About Our Work," <http://www.sphere.ca/home>

The government's provincial strategy requires RHAs to report on their regional population health promotion strategies. In 2006-2007, for example, the Saskatoon Regional Health Authority's Annual Report discussed the health-related behaviours that were influenced by economic and social conditions in its region as well as reporting progress toward the goal of effective health promotion and disease prevention.⁽¹⁸³⁾

⁽¹⁸³⁾ Saskatoon Regional Health Authority, *2006-2007 Annual Report to the Minister of Health and the Minister of Healthy Living Services*, 2007, http://www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/documents/shr_annual_report_2006_07.pdf

12.1 MAIN FINDINGS

- The Territorial governments have documented prominently the role of the determinants of health in the well-being of northern populations.
- The dynamics of the interplay and importance of the determinants of health differ in the North from the rest of Canada because of the different realities that apply, including the North's proportionally larger Aboriginal populations and remoteness.
- The Northwest Territories has made longstanding efforts to implement a population health approach to policy and programs in its Department of Health and Social Services and across the government, but it has met with challenges.
- Given the difficulties of sampling in northern communities – mainly small sample sizes – northern communities find themselves poorly represented in research on population health. Nevertheless, relevant measures have been incorporated into territorial health status reports and appear increasingly in performance reports.

12.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In recent decades administrative structure and the responsibilities of northern governments have changed substantially. The transfer of health service delivery to the territories, the creation of Nunavut, and the increased role of First Nations in health and social service delivery have all contributed to a dynamic policy and program environment.

The interplay of the determinants of health is markedly different in the north than in southern Canada. Development of natural resources in Aboriginal communities is often characterized by rapid, dramatic growth followed by economic decline that often generates profound social and cultural change and exacerbates health problems. The remoteness of northern communities creates challenges for the population's access to affordable, nutritious food. Adequate shelter is harder to provide in the harsh climate. An assessment of self-perceived health among northern residents acknowledges the social, societal and cultural forces, including community participation, family support and access to culturally-sensitive health care, that affect a wide range of health determinants.

⁽¹⁸⁴⁾

The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Laura Corbett, *Population Health Policy in the Territories*, October 2007.

i. Northwest Territories

The Northwest Territories has lead in taking a coherent, coordinated approach to improving population health. Following the direction of a Special Committee on Health and Social Services in 1994,⁽¹⁸⁵⁾ health programs and social services were combined in the Department of Health and Social Services where an emphasis was placed on promotion and prevention, and recognizing the contributions of housing, environmental health, income support and education on population health.

Considerable attention was given to integrating the provision of social services and ensuring a continuum of care. In 1997, the *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*⁽¹⁸⁶⁾ made the case for integration for functional and client-service reasons. Functionally, the alignment of financial, human resource and information management across operating units added value to the system. From the client's perspective, the advantage of integration was not only the coordination of care but maintenance of its continuity, the requirement of efficient communication among care providers, easy transfer of information, and the availability of resources and efforts sufficient to ensure that the provision of services to those in need. From both perspectives, the provision of services can be improved through integration while costs are contained by economies of scale and capitation-based funding.⁽¹⁸⁷⁾

The Strategic Plan laid out the department's commitment to population health in terms of the outcomes and health status of the population served. Formal accountability was proposed for outcomes which are influenced by lifestyle and environmental factors, thereby reinforcing the first strategic goal of health and social services integration – that of ensuring that residents of the Northwest Territories live healthy lifestyles in a healthy environment.⁽¹⁸⁸⁾

⁽¹⁸⁵⁾ Government of Northwest Territories, *Renewed Partnerships: In Response to Talking and Working Together. The Final Report of the Special Committee on Health and Social Services*, Yellowknife: Legislative Assembly, Government of the Northwest Territories, 1994.

⁽¹⁸⁶⁾ Med-Emerg International, *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*, Yellowknife: Northwest Territories Department of Health and Social Services, 1997.
<http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports-reports.asp>

⁽¹⁸⁷⁾ Capitation is described as a funding system wherein a fixed envelope of money is transferred to the integrated unit based on the size, demographics and needs of its rostered population. Surpluses or deficits are retained by the integrated unit. Retention of surpluses provides an incentive to promote health and prevent illness, and thereby save on treatment costs.

⁽¹⁸⁸⁾ Med-Emerg International (1997), *op. cit.*, p.17.

The Government of the Northwest Territories responded in 1998 with *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*.⁽¹⁸⁹⁾ This outlined the four health and wellness objectives of the Department of Health and Social Services: 1) Improving health status; 2) Improving social and environmental conditions; 3) Improving the integration and coordination of health and social services, including those provided by private providers, government bodies, non-government agencies and the voluntary sector; and 4) Devising more responsive, responsible and effective methods to deliver and manage services.

Given the range of determinants that affect health status and the particular social and environmental conditions that apply in the North, the Department was clear that the involvement of many agencies and the support of the public were both crucial in addressing determinants of health such as education, culture, housing, employment, economic conditions and the physical environment. It envisioned its role as a catalyst, ensuring that other departments, agencies and governments have the information needed to think broadly when setting policies and priorities and making decisions that impact population health and well being.

As elsewhere in Canada, the Strategic Plan faced challenges in implementation. A report in 2001 found that the health and social services system was flawed and under considerable stress: front-line staff were frustrated by a lack of resources; managers were struggling to meet what often appear to be unrealistic expectations relating to service delivery, reporting, and the measurement of results; and the failure of the various players to cooperate impeded the delivery of truly comprehensive, integrated services.⁽¹⁹⁰⁾ This report also noted that many other studies had already come to the same conclusions and repeatedly made many of the same recommendations, to repair a continuing lack of action or progress.

Acknowledging the need for change, the *NWT Health and Social Services Action Plan 2002-2005* promised a number of reforms, including providing greater support to staff, improved system-wide management and accountability, the establishment of forums for joint planning of

⁽¹⁸⁹⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*, Yellowknife: Department of Health and Social Services, 1998, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

⁽¹⁹⁰⁾ George B. Cuff & Associates, *It's Time to Act: A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories*, June 2001, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

interdepartmental initiatives, and a more careful alignment of operational strategies with the department's strategic plan.⁽¹⁹¹⁾

In 2004, NWT Health and Social Services committed to an Integrated Service Delivery Model that clarified service integration and professional collaboration, organizational integration, and defined a set of core services that would be available within the health and social services system.⁽¹⁹²⁾ Those core services included, among others, health protection, promotion and prevention, with a focus on healthy lifestyles and risk behaviours. The model made clear the proposal of an integrated and well-funded system for prevention and promotion, one that would not be overshadowed by treatment services, using a population health approach supporting a primary community care model of delivery. In the 2006-2010 Action Plan, health promotion and protection services included deliverables related to unhealthy behaviours, homelessness and healthy school programs.⁽¹⁹³⁾

ii. Yukon

Its 2003 Health Status Report revealed the clear understanding of the Yukon on the importance of the determinants of health and described how they influence health. It also presented indicators of education, employment and income.⁽¹⁹⁴⁾

The health promotion approach was reinforced in the *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum* which was called to address a number of principal health issues, including alcohol and drug abuse and chronic disease, and included also a focus on reducing health disparities.⁽¹⁹⁵⁾ The Forum recommended further support for an Interdepartmental Collaboration Initiative between the departments of Justice, Education and Health and Social Services to improve working relationships and reduce barriers to information sharing.

⁽¹⁹¹⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services Action Plan 2002-2005*. Yellowknife, 2002, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

⁽¹⁹²⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *Integrated Service Delivery Model for the NWT Health and Social Services System*, Yellowknife, 2004, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

⁽¹⁹³⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services System Action Plan 2006-2010*. Yellowknife, 2006, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

⁽¹⁹⁴⁾ Government of Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, November 2003.

⁽¹⁹⁵⁾ Government of Yukon Health and Social Services, *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*, November 2003, http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/phctf_report.pdf

, After a period of during which Yukon's housing programs, health promotion and public health programs, and family and mental health services were eroded, investment in the non-medical determinants of health appears to have been needed urgently.⁽¹⁹⁶⁾ The Yukon has used its share of funds from the federal Northern Strategy Trust to implement the Yukon Charter, which contains a number of initiatives that address determinants of health, including:

- Investing at the community level in educational resources that recognize and are responsive to community needs.
- Producing a strategy to enhance federal initiatives that address healthy, adequate, affordable, and culturally relevant housing and related infrastructure.
- Working jointly to provide to Yukon communities ⁽¹⁹⁷⁾ the resources need to adapt to climate change.

iii. Nunavut

Created in 1999 from partition of the Northwest Territories, Nunavut covers one-fifth of the land mass of Canada; its population of 31,113⁽¹⁹⁸⁾ in 2007 is distributed in 25 communities accessible for the most part only by air. The Nunavut Department of Health and Social Services has a 12-member Population Health Division which directs health promotion activities delivered through community health centres located in every community. Health promotion initiatives have included improving access to nutritious foods, prenatal and child development programs, and strategies to address such communicable diseases as tuberculosis and sexually transmitted infections.⁽¹⁹⁹⁾

In 2005 a Government of Nunavut workshop on the social determinants of health identified as health determinants as acculturation, self-determination, education, quality of early life, productivity, income and its distribution, food security, health services, the social safety net, housing, and the environment⁽²⁰⁰⁾.

⁽¹⁹⁶⁾ Canadian Health Coalition. *Northern Health Care: On Thin Ice?* Ottawa: Canadian Health Coalition, 2003. <http://www.healthcoalition.ca/north-report.pdf>

⁽¹⁹⁷⁾ Government of Yukon Northern Strategy Trust. *Northern Strategy: Yukon Chapter*. Draft, April 26, 2005. http://www.eco.gov.yk.ca/igr/pdf/yukon_chapter_northern_strategy.pdf.

⁽¹⁹⁸⁾ Statistics Canada, "Canada's Population by Age and Sex," *The Daily*, 29 November 2007. <http://www.statcan.ca/Daily/English/071129/d071129c.htm>

⁽¹⁹⁹⁾ Carol Gregson *et al.*, "Health Promotion in Nunavut: Inspired by Design" in Michel O'Neill *et al.*, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007.

⁽²⁰⁰⁾ Nunavut Department of Health and Social Services. *Social Determinants of Health in Nunavut - Workshop Report*. Iqaluit: Government of Nunavut, 2005.

12.3 MONITORING AND EVALUATION

National surveys by Statistics Canada typically involve separate data collection for the territories because of the special challenges of surveying in Canada's North. Between Statistics Canada's and the Yukon government's figures⁽²⁰¹⁾ discrepancies occur. Often those challenges result in the omission of residents of the Yukon, Northwest Territories and Nunavut from survey sampling entirely. Furthermore, sampling problems and the statistical techniques peculiar to small sample sizes act to deter exploration of datasets which could inform local decision-makers or provide timely information on pertinent health issues. The problems of small to modest sample sizes, the small number of outcomes measured, and the paucity of cases often mean that analyses are impossible at the community level and challenging even regionally.⁽²⁰²⁾ Frequently results of sampling the three territorial populations are combined into a single 'Territories' sample, or worse -- northern residents are simply omitted from the final reports of national studies.⁽²⁰³⁾ Because northern communities are poorly represented in research results, they become suspicious of the research process itself, making the development of evidence-based policies and programs a special challenge.

Another aspect complicating research in the North is the rural and remote nature of northern communities. On those occasions when the health status of rural Canadians is studied, the research tends to emphasize a particular region or province, to consider a single aspect of health, or to employ a single data set.⁽²⁰⁴⁾ From an evaluative perspective, knowledge of the northern experience is limited not only by a research agenda that tends to be dictated by evidence derived from the south but by an approach to research that fails to appreciate traditional knowledge and community participation. Although the established research paradigm has begun to accommodate community-based research and to incorporate the interests, priorities and skills of Aboriginal communities, the overall level of engagement, dissemination of specialized knowledge, and training of Aboriginal stewards of the determinants of health in the North remain unrealized. Although many published studies have

(201) CBC News, "Census Numbers Flawed, Yukon Says," 15 March 2007, <http://www.cbc.ca/canada/north/story/2007/03/15/yk-census.html>

(202) Northwest Territories Health and Social Services. (2003). *NWT Health and Social Services Performance Measurement and Reporting*. Yellowknife: Northwest Territories Health and Social Services <http://www.hthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

(203) Social Agenda Working Group, *Social Agenda - A Draft for the People of the NWT*, Yellowknife, 2002 http://www.gov.nt.ca/research/publications/pdfs/Social_Agenda_Book.pdf

(204) Canadian Population Health Initiative, *How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants*, Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2006, http://www.phaci.aspc.gc.ca/publicat/rural06/pdf/rural_canadians_2006_report_e.pdf

considered the health of Canada's Aboriginal population, not much research has been done to address the full spectrum of the determinants of health.⁽²⁰⁵⁾

Despite these challenges, the performance measurements and reporting done by the Northwest Territories and Yukon Departments of Health and Social Services set remarkable examples. The *Northwest Territories Health Status Report* presents not only health status and mortality indicators, but social, economic and environmental influences on health, personal health practices, measures of social well-being and, in the 2005 edition, healthy child development.⁽²⁰⁶⁾ It also includes an introductory passage referring to the wider literature to create understanding of the relationship between each determinant and health status. It does not attempt, however, to link its own data on health determinants data and population health. The same strengths and limitations apply also to the *Yukon Health Status Report*.⁽²⁰⁷⁾ In Nunavut, population health reporting seems to be largely confined to documenting its comparable health indicators as part of the commitments made in the September 2000 First Ministers Communiqué on Health which encouraged all Health Ministers to employ comparable indicators to report provincial/territorial health status, health outcomes and quality of service.⁽²⁰⁸⁾

⁽²⁰⁵⁾ T. Kue Young, "Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs," *British Medical Journal*, Vol.327, pp419-422, 2003 <http://www.bmj.com/cgi/reprint/327/7412/419>

⁽²⁰⁶⁾ NWT Health Status Reports using a population health framework date back to 1999. As the first health status report after the creation of Nunavut, it serves as the baseline against which future progress has been gauged. The most recent is: Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health Status Report 2005*. Yellowknife, 2005. <http://www.hthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>

⁽²⁰⁷⁾ Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, Whitehorse, 2003, <http://www.inchr.org/Doc/November05/healthstatus03.pdf>

⁽²⁰⁸⁾ Nunavut Department of Health and Social Services, *Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*, Iqaluit, 2004, <http://www.gov.nu.ca/health/PIRC/englishlow.pdf>

The preceding chapters have summarized the extent to which population health policy has been developed, implemented and evaluated in Canadian jurisdictions. This chapter summarizes the lessons learned from reviewing and comparing the federal, provincial and territorial approaches to the improvement of population health and the reduction of health disparities.

13.1 THE CONCEPT OF POPULATION HEALTH

Population health is not a new concept. Its first prominent elaboration in Canada was in the 1974 Lalonde report, a landmark document recognized worldwide. Subsequently the concept has evolved to include an emphasis on reducing health disparities in addition to the focus on improving overall health status. In the past three decades, since the Lalonde report, the federal and all provincial/territorial governments have devoted considerable attention to population health and the F/P/T Advisory Committee on Population Health has been instrumental in advancing this concept.

Yet, there remains a lack of knowledge about and understanding of the determinants of health, population health and health disparities, all of which are usually lumped together with the highly politically-sensitive responsibility for treatment services under the aegis of health departments. Only one in three members of the general public understands that the broader non-medical determinants of health – e.g. income, education, housing, etc. – are linked to health.⁽²⁰⁹⁾ Canada's politicians and media have not succeeded in engaging the public in appreciating the importance of the non-medical determinants of health or, indeed, of optimizing the health of the population. The profound structural changes needed to secure investment in population health will only occur if and when public awareness of its importance is raised and political will developed. Because politicians are accountable to the public, changes that do not have broad public support are difficult to sustain. For changes that require long timelines before the desired outcomes are achieved, a solid public understanding of the policy process is essential; otherwise it cannot be sustained over multiple terms of political office. As described above, reforms in a number of provinces have been cut short by a change of government.

⁽²⁰⁹⁾ Elyzabeth Gyorfy-Dyke, Social Determinants of Health in Canada, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information, 8 November 2005
http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf

Within governments, the discourse on population health and health disparities has, for the most part, been confined to health departments and health service researchers. Some 58% of senior Canadian federal and provincial civil servants surveyed from across government departments describe themselves as quite or very familiar with the determinants of population health, but 83% of them reported that they needed more information about the health consequences of the policy alternatives their departments faced. Some 45% of respondents from finance departments do not believe that they should consider the health impact of all major government initiatives, compared to 20% in labour and 6% in health and social services departments.⁽²¹⁰⁾ This suggests that, although a strong promoter of the population health approach, the health sector has not convinced other non-health sectors to commit to long term, sustained interdepartmental initiatives to address either population health or health disparities.

13.2 HEALTH GOALS AND TARGETS

Every province articulated health goals between 1989 and 1998; the F/P/T Ministers of Health established health goals for Canada in 2005. Inspired by the WHO "Health for All" movement launched in 1984, health goals appealed to policy-makers, at least in part, because they offered a rational approach to policy-making that was thought to generate effective and efficient outcomes and goal-specific measurable objectives, indicators, targets, strategies and actions.⁽²¹¹⁾

By the end of the 1990s, however, health goals to guide population health policy development, implementation, or evaluation were no longer being used explicitly in most provinces, having been replaced by business plans in the majority of health departments and regional authorities. In regional health authorities policy makers have given health care system goals continued dominance over all others.⁽²¹²⁾

⁽²¹⁰⁾ John N. Lavis *et. al.*, « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations? » *American Journal of Public Health*, April 2003, pp. 658-663. <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/93/4/658>

⁽²¹¹⁾ Treena Chomik and James Frankish, "Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets," *Canadian Journal of Public Health*, 1999, S39-S42; Martin McKee and Naomi Fulop, "On target for health," *British Medical Journal*, 2000, 327-328.

⁽²¹²⁾ Deanna L. Williamson *et al.*, "Implementation of Provincial Territorial Health Goals in Canada", *Health Policy*, Vol.64, 2003, 173-191.

Despite the development of high level health goals across the country and their endorsement by F/P/T Ministers of Health, to date these goals have not evolved into a national strategy nor have they been transformed into measurable changes in the health of the population. Moreover, national targets to reduce health disparities have not been set.

Clearly, setting health goals can help galvanize the shift of resources toward population health and stimulate the monitoring of progress on health indicators and of improvements in health information systems. But, for political leaders, goals and targets are a double-edged sword – they lead to increased accountability for quantifiable health improvements, require the re-allocation of scarce resources to actions designed to meet those goals, and end up a risk to re-election if the targets are not met.⁽²¹³⁾

13.3 HEALTH IMPACT ASSESSMENT

The most powerful of the determinants of health are not themselves within the purview of the health sector. Policies made in sectors other than health have the greatest potential to improve (or worsen) population health and well-being and to reduce health disparities. They should, therefore, be assessed for their potential impact on health prior to their implementation. Health impact assessment (HIA) is a formal approach used to predict the potential effects of a policy; particular emphasis can be also paid to the impact on health disparities.

In 1997 a submission to the federal Cabinet recommended that HIA be used to assess the health impacts of federal policies and programs. Similarly, the use of HIA has been recommended in a number of provinces. To date, however, only Québec has passed legislation to ensure that the health impacts of proposed laws and regulations are assessed. This legislation empowers the Minister of Health to issue proactive advice to other Ministers with the goal of promoting health and supporting policies that foster the health of the population. The application of HIA more broadly would be one of the first steps towards the development of population health policy; it would also lead to a better understanding of how and how much public policies impact on the health of the population.

⁽²¹³⁾ Treena Chomik and James Frankish (1999), *op. cit.*

13.4 MONITORING, EVALUATION AND RESEARCH

Population health-related data and research capacity has improved significantly in Canada. Survey data on population health, health determinants and health disparities are available and many health research programs focus on the non-medical determinants of health.

Nationally, the significant health knowledge infrastructure includes the Canadian Population Health Initiative within CIHI, the National Collaborating Centres, as well as federal departments and agencies such as Statistics Canada, Health Canada, the Canadian Institutes of Health Research, and the Public Health Agency of Canada. At the provincial level, the Manitoba Centre for Health Policy has a unique, comprehensive, integrated data repository that not only generates sound information on patterns of care and profiles of illness but also links health to various health determinants, including income, education, employment and social status. In Newfoundland and Labrador, the Community Accounts provide key social, economic and health data and indicators by region. The B.C. Health and Wellness Survey is another promising tool to improve the evidence and information base available to policy makers taking a population health approach. Taken together, these new tools and research organizations equip Canada with an unprecedented opportunity to inform policy- and decision-making by governments and others, measure outcomes, and effect positive changes in population health policy. It is important to ensure that all national surveys and initiatives be coordinated with the work of provincial, territorial and local knowledge infrastructures and university centres.

A number of issues remain, however. For example, consensus is needed on which indicators best monitor trends in health disparity. Data collection must be improved; population health data are not always readily available at the territorial or regional level, or at a neighbourhood level. And while much research is being done on population health and health disparities, more practical evidence-based conclusions are needed on what works and what doesn't in terms of population level policy and program interventions. More needs to be done to increase our understanding of the policies and programs we need to put in place to improve population health and reduce health disparities.⁽²¹⁴⁾

⁽²¹⁴⁾ Glenda Yeates, CPHI at CIHI, *Brief to the Subcommittee*, 13 February 2008.

13.5 ROLE OF THE HEALTH SECTOR

So-called “health imperialism” is a cause of high level concern. Health departments may be seen to be dictating to other sectors what they should do, especially if the health sector has not itself taken significant action. It is not enough to acknowledge that the essential role of other sectors is leveraging policy within their domains to address the determinants of health and reduce health disparities; those other sectors have to generate “credit” publicly and with their political masters. The main challenge for health departments is to persuade, encourage and engage the other departments whose programs have an impact on the non-medical determinants of health to participate in the development of population health policy. A formal commitment by the government would greatly facilitate this process of intersectoral action.

13.6 REGIONALIZATION

Although all provinces have gone through a process of regionalizing health care delivery, the focus on and use of the determinants of health by regional health authorities (RHAs) is highly variable. While some RHAs use population health frameworks to guide the planning and delivery of services, these are the exceptions rather than the rule. A survey of health regions across Canada found that even among the exemplary RHAs in this respect, the determinants of health that are addressed vary. Child development and personal health receive the greatest attention, both internally and through intersectoral activities, while culture, gender and employment/working conditions receive the least. Furthermore, there are few institutional incentives to intersectoral coordination with agencies concerned with other determinants such as education, housing, or early childhood development where vertical reporting requirements remain sectorally-driven.⁽²¹⁵⁾

Where regional bodies have attempted to use population health as a framework for planning and decision-making, training, tools and support from higher levels has been required. This was noted in Prince Edward Island, where regionalization weakened inter-regional cooperation. British Columbia is responding to the need for support of population health staff in RHAs through its Population Health Network.

⁽²¹⁵⁾ Frankish, C. J., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., Casebeer, A. L., Eyles, J. D., Labonte, R. & Evoy, B. “Addressing the Non-Medical Determinants of Health: A Survey of Canada’s Health Regions,” *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), 2007, pp. 41-47.

13.7 FUNDING

Although the federal Cabinet formally adopted a whole-of-government population health policy in 1997, significant funding cuts impeded its implementation. Only one out of the 18 departments implicated in the proposed policy, Health Canada, moved to apply a population health lens to its programs and initiatives. Similarly, the implementation of population health policy in Prince Edward Island was significantly curtailed by cuts in federal transfer payments which, in turn, resulted in reductions to the provincial spending devoted to population health. Provincial population health initiatives that were coincident with reductions to federal transfers in the mid-1990s have fallen victim to the unfortunate timing. This, combined with continuing greater-than-inflation rates of growth in health care costs, have seriously compromised and sometimes doomed population health reforms led by the health sector.

Another funding issue related to population health reform involves reallocation of budgets. In Ontario, one Local Health Integration Network that is trying to apply a population health perspective has found funding reallocation to be a high barrier to investments in health's non-medical determinants. Funding mechanisms have not yet been reconfigured to facilitate greater emphasis on and funding for health promotion and disease prevention, much less non-medical determinants, as opposed to the continuing high costs of health care delivery.⁽²¹⁶⁾

13.8 INTERSECTORAL ACTION

Because Canada's provinces and territories have direct responsibility for many of the most significant determinants (education, income security and employment, health services, early childhood development, housing, etc.), it is at that level that the most promising opportunities for interdepartmental approaches are to be found. In provinces such as Québec, Prince Edward Island (during the time of its population health reforms) and the Northwest Territories, in which health and social services are combined in one department, policy coordination relating to the full range of health determinants can be simplified.

⁽²¹⁶⁾ Dr. Andrew Pipe, University of Ottawa Heart Institute, *Proceedings*, 6 February 2008.

Provinces have used a wide range of mechanisms to implement whole-of-government policy priorities. These have been led by Cabinet Committees, interdepartmental (ADM) working groups, and Premier's Councils and leadership from the top in some cases. Current whole-of-government approaches tend to be too narrowly structured around singular health determinants, such as ActNow BC's focus on personal health practices, early childhood development by Healthy Child Manitoba, or poverty with Québec's anti-poverty action plan.

Some regional intersectoral structures located outside health departments also seem to be effective in promoting collaboration and partnerships; examples include regional steering committees in Newfoundland and Labrador and regional intersectoral committees in Saskatchewan.

The example of the F/P/T Advisory Committee on Population Health is noteworthy given its successful brokering of intergovernmental consensus. The Committee was able to achieve provincial, territorial and federal consensus followed by collaboration in the production and support of policy directions on population health. The Committee played a key role by taking a long term, integrated view of the health of the population and forging policy coherence across all affected sectors. But, despite the commitment in principle to address health disparities that has been secured at the F/P/T level, there has yet to be agreement on a list of recommended actions and the designation of an organization to play a leadership role in addressing health disparities throughout Canada. Why the wonderful efforts at the F/P/T level have failed to convert into concrete action must be better understood.

Nor has the federal government succeeded in implementing a comprehensive, whole-of-government approach to population health, despite the fact that Health Canada has developed a template that provides guidance to successful implementation of population health policy in both the health and non-health sectors. Nevertheless, there have been successes and much has been learned. For example, the National Family Violence Initiative brought together seven federal departments with provincial/territorial governments, community groups, professional associations, and private sector organizations to develop an intersectoral response for the prevention of family violence.

The extensive efforts by our governments described above, suggest that there is no one single set of policy initiatives nor intersectoral mechanism that is "right" to enhance population health.

or reduce health disparities. While Canada has accumulated a lot of experience upon which to build, it remains that the production of policy statements, strategies, goals and objectives has not been matched by comparable action on the ground where people's health is actually affected. Sadly, the great majority of those fine policy statements that have been produced by the federal, provincial and territorial governments since the Lalonde report, 30 years ago, to foster greater emphasis on the non-medical determinants of health, population health, and health disparities remain little more than well-meaning but empty rhetoric. Canadians deserve better!

13.9 WHY DO SERIOUS HEALTH DISPARITIES PERSIST IN CANADA?

Despite all the resources and the numerous government programs and initiatives described in this report, Canada does not necessarily rank very much better by international comparisons. For example, WHO data indicate that Canada ranks 9th among 30 countries in terms of healthy life expectancy at birth for women. Moreover, Unicef statistics show that we rank only 12th among 21 industrialized countries in terms of children well-being. And the recent release of the Euro-Canada Health Consumer Index places Canada 23rd out of 30 in Total Index Score, and 30th out of 30 in Best Value for Money Spent. In other words, this index shows that we spend more money on health care to achieve worse results than the other countries surveyed.

These sobering numbers tell us we are doing something terribly wrong regarding health and the health care delivery system. At first glance, this would appear to be a lack of concentration and investment on population health and an over-investment in a very inefficient health care delivery system. The other major reason would appear to be the lack of adequate community resources that could integrate and evaluate the health resources in relation to other dozen or so major determinants of health.

Hopefully our study can assist governments, the business sector and NGOs to come together and solve this disturbing situation because poor population health and health disparities produce a barrier to prosperity.

APPENDIX 1 - WITNESS LIST

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| 39th Parliament 1st Session | | | |
| World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health | The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner | 22-02-2007 | 1 |
| Institute of Population Health | Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity | 28-02-2007 | 1 |
| Provincial Health Services Authority, B.C. | Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control | 28-02-2007 | 1 |
| School of Health Policy and Management - York University | Dennis Raphael, Professor | 28-02-2007 | 1 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch | 21-03-2007 | 2 |
| Kunin-Lunenfield Applied Research Centre | Sholom Glouberman, Associate Scientist | 21-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch | 21-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention | 21-03-2007 | 2 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| Statistics Canada | Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development | 21-03-2007 | 2 |
| Institute of Population and Public Health | Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research | 28-03-2007 | 2 |
| Global Health and Social Policy | Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy | 28-03-2007 | 2 |
| McGill University | Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health | 28-03-2007 | 2 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director, Development and Partnership Division, Strategic Policy Directorate | 25-04-2007 | 3 |
| Indian and Northern Affairs Canada | Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations sector | 25-04-2007 | 3 |
| Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba | John O'Neil, Professor and Director | 25-04-2007 | 3 |
| Health Canada | Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch | 25-04-2007 | 3 |
| Institute of Aboriginal People's Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) | Dr Jeff Reading, Scientific Director | 25-04-2007 | 3 |
| Research Faculty/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit | Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health | 02-05-2007 | 3 |
| National Aboriginal Health Organization (NAHO) | Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit | 02-05-2007 | 3 |
| University of British Columbia - Department of Psychology | Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia | 02-05-2007 | 3 |

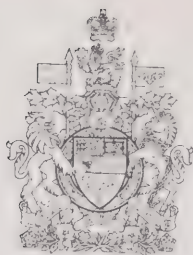
| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|--|--------------------|-----------|
| | Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator | | |
| National Aboriginal Health Organization (NAHO) | Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer | 02-05-2007 | 3 |
| Toronto University | Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services | 02-05-2007 | 3 |
| Observatory on Ageing and Society (OAS) | Dr. André Davignon, Founder | 16-05-2007 | 4 |
| Nova Scotia Department of Health | Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat | 16-05-2007 | 4 |
| Public Health Agency of Canada - Division of Aging and Seniors | Margaret Gillis, Director | 16-05-2007 | 4 |
| Canadian Association on Gerontology | Mark Rosenberg, Professor Queen's University | 16-05-2007 | 4 |
| The CHILD Project | Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP) | 30-05-2007 | 4 |
| Canadian Institutes of Health Research | Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health | 30-05-2007 | 4 |
| Council of Early Child Development | Stuart Shankar, Professor, President | 30-05-2007 | 4 |
| Manitoba Métis Foundation | Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate | 31-05-2007 | 4 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|--|--------------------|-----------|
| | Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba | | |
| Métis National Council | David Chartrand, Minister of Health | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health | 31-05-2007 | 4 |
| Métis National Council | Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation | 31-05-2007 | 4 |
| BC Ministry of Health | Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer | 01-06-2007 | 5 |
| Manitoba Métis Foundation | Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba | 01-06-2007 | 5 |
| Institute of Aboriginal Peoples' Health | Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations | 01-06-2007 | 5 |
| Pauktuutit Inuit Women of Canada | Jennifer Dickson, Executive Director | 01-06-2007 | 5 |
| Native Women's Association of Canada | Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor | 01-06-2007 | 5 |
| Indigenous People's Health Research Centre | Willie Ermine, Professor, Writer - Ethicist | 01-06-2007 | 5 |
| Inuit Tapiriit Kanatami | Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health | 01-06-2007 | 5 |
| National Association of Friendship Centres | Alfred J. Guay, Policy Analyst | 01-06-2007 | 5 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| Assembly of First Nations | Valerie Gideon, Director of Health and Social Development | 01-06-2007 | 5 |
| University of Alberta | Malcom King, Professor, Department of Medicine | 01-06-2007 | 5 |
| Aboriginal Nurses Association of Canada | Julie Lys, Director, North West Territories Region | 01-06-2007 | 5 |
| Toronto University | Chandrakant P. Shah, Professor emeritus | 01-06-2007 | 5 |
| Congress of Aboriginal Peoples | Erin WolskiHealth Policy Program | 01-06-2007 | 5 |
| 39th Parliament 2nd Session | | | |
| Ministry of Health and Social Affairs | Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division | 22-11-2007 | 1 |
| Swedish National Institute of Public Health | Dr. Gunnar Agren, Director General | 22-11-2007 | 1 |
| Karolinska Institute: | Dr. Pirooska Ostlin, Dept. of Public Health Sciences | 22-11-2007 | 1 |
| Swedish National Institute of Public Health | Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert | 22-11-2007 | 1 |
| The Quaich Inc. | Patsy Beattie-Huggan, President | 28-11-2007 | 1 |
| McMaster University | John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences | 28-11-2007 | 1 |
| PEI Department of Health | Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations | 28-11-2007 | 1 |
| Group d'étude sur les politiques et la santé | France Gagnon, Professor and co-chair | 05-12-2007 | 2 |
| University of Montreal | Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor | 05-12-2007 | 2 |
| U.K. Department of Health | Dr. Fiona Adshead, Director | 11-12-2007 | 2 |

| ORGANIZATION | NAME, TITLE | DATE OF APPEARANCE | ISSUE NO. |
|--|---|--------------------|-----------|
| | General of Health Improvement | | |
| B.C. Interior Health Authority | Lex Baas, Director of Population Health | 12-12-2007 | 2 |
| University of British Columbia | James Frankish, Professor and Director | 12-12-2007 | 2 |
| Ontario Ministry of Health Promotion | Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention | 06-02-2008 | 3 |
| Toronto Central Local Health Integration Network | Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning | 06-02-2008 | 3 |
| University of Ottawa Heart Institute | Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre | 06-02-2008 | 3 |
| Canadian Institute for Health Information | Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer | 13-02-2008 | 3 |
| Canadian Institute for Health Information | Keith Denny, Acting Manager | 13-02-2008 | 3 |
| University of Manitoba | Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine | 13-02-2008 | 3 |
| Public Health Agency of Canada | Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives & Innovations | 27-02-2008 | 3 |
| Finance Canada | Yves Giroux, Acting Director, Social Policy | 27-02-2008 | 3 |
| Treasury Board of Canada | Sally Thornton, Indian Affairs and Health | 27-02-2008 | 3 |

SENATE



SÉNAT

***POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVES FÉDÉRALE, PROVINCIALE ET
TERRITORIALE***

Troisième rapport du Sous-comité sur la santé
des populations du Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président
L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président
L'honorable Lucie Pépin

Avril 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39^e législature – 2^{ième} session

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| ORDRE DE RENVOI | i |
| MEMBRES | ii |
| RÉSUMÉ | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| CHAPITRE 1 : GOUVERNEMENT FÉDÉRAL | 5 |
| 1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 5 |
| 1.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 6 |
| 1.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 15 |
| 1.4 LA SANTÉ DES AUTOCHTONES..... | 19 |
| CHAPITRE 2 : ALBERTA | 21 |
| 2.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 21 |
| 2.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 21 |
| 2.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 25 |
| CHAPITRE 3 : COLOMBIE-BRITANNIQUE | 27 |
| 3.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 27 |
| 3.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 27 |
| 3.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 31 |
| CHAPITRE 4 : MANITOBA | 34 |
| 4.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 34 |
| 4.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 34 |
| 4.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 38 |
| CHAPITRE 5 : NOUVEAU-BRUNSWICK | 41 |
| 5.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 41 |
| 5.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 41 |
| 5.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 46 |
| CHAPITRE 6 : TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR | 47 |
| 6.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 47 |
| 6.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 48 |
| A. Plan social stratégique..... | 48 |
| B. Plan de santé stratégique..... | 49 |
| C. Projet de charte de la santé..... | 50 |
| D. Stratégie de réduction de la pauvreté..... | 51 |
| E. Plan provincial de mieux-être..... | 53 |
| 6.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 55 |
| A. Comptes communautaires..... | 56 |
| B. Étude sur l'apprentissage..... | 57 |
| CHAPITRE 7 : NOUVELLE-ÉCOSSE | 59 |
| 7.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 59 |
| 7.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 60 |
| 7.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION..... | 64 |
| CHAPITRE 8 : ONTARIO | 66 |
| 8.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 66 |
| 8.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE..... | 66 |

| | |
|--|-----|
| 8.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION | 71 |
| CHAPITRE 9 : ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD | 73 |
| 9.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS | 73 |
| 9.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE | 73 |
| 9.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION | 79 |
| CHAPITRE 10 : QUÉBEC | 82 |
| 10.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS | 82 |
| 10.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE | 82 |
| 10.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION | 86 |
| 10.4 PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ..... | 88 |
| CHAPITRE 11 : SASKATCHEWAN | 90 |
| 11.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS | 90 |
| 11.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE | 90 |
| 11.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION | 94 |
| CHAPITRE 12 : LES TERRITOIRES | 96 |
| 12.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS | 96 |
| 12.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE | 96 |
| <i>i. Territoires du Nord-Ouest</i> | 97 |
| <i>ii. Yukon</i> | 100 |
| <i>iii. Nunavut</i> | 101 |
| 12.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION | 102 |
| CHAPITRE 13 : ANALYSE COMPARATIVE | 105 |
| 13.1 LE CONCEPT DE « SANTÉ DE LA POPULATION » | 105 |
| 13.2 OBJECTIFS ET CIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ | 106 |
| 13.3 ÉVALUATION DES INCIDENCES SUR LA SANTÉ | 108 |
| 13.4 SURVEILLANCE, ÉVALUATION ET RECHERCHE..... | 108 |
| 13.5 RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ | 110 |
| 13.6 RÉGIONALISATION | 110 |
| 13.7 FINANCEMENT | 111 |
| 13.8 ACTION INTERSECTORIELLE | 112 |
| 13.9 POURQUOI Y A-T-IL ENCORE DE SÉRIEUSES DISPARITÉS EN SANTÉ AU CANADA? | 114 |
| ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS | 115 |

Le Comité aimerait remercier les membres du personnel suivants qui ont travaillé fort à la préparation du rapport.

De la Bibliothèque du Parlement :

Odette Madore, analyste

Michael Toye, analyste

Laura Corbett, consultante

Bev Nickoloff, consultante

De la Direction des comités :

Josée Thérien, greffière du Comité, 1^{re} session de la 39^e législature

Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2^e session de la 39^e législature

Louise Pronovost, adjointe administrative, 1^{re} session de la 39^e législature

Tracy Amendola, adjointe administrative, 2^e session de la 39^e législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat, la motion mise aux voix, est adoptée.

MEMBRES

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet du *Politiques sur la santé de la population : perspective internationale*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs: Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

Autres sénateurs ayant participé de temps en temps à cette étude:

Les honorables sénateurs: Art Eggleton, C.P., Jim Munson et Hugh Segal

RÉSUMÉ

- Dans le présent rapport, nous examinons les efforts déployés par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé au Canada.
- Le concept de la santé de la population a vu le jour au Canada en 1974 dans le rapport Lalonde; d'abord axé sur l'amélioration de l'état de santé général, il a ensuite porté sur la réduction des disparités en santé.
- Autant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont longuement penchés sur la question de la santé de la population. Il n'existe cependant aucun plan national visant à réduire les disparités en santé et à améliorer l'état de santé de la population en général.
- En 1997, le gouvernement fédéral a approuvé un mémoire au Cabinet portant sur la santé de la population; la proposition qui y était présentée faisait appel à 18 ministères ayant pour principal responsable Santé Canada. Le gouvernement n'a toutefois pas réussi à coordonner les activités des divers ministères en raison de compressions de financement non négligeables qui ont entravé la mise en œuvre de la proposition. Seul Santé Canada a pu appliquer une approche axée sur la santé de la population à ses programmes et initiatives.
- En 2001, Santé Canada a élaboré un modèle qui encadre l'application fructueuse de la politique sur la santé de la population dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Bien qu'utile, ce modèle n'a pas convaincu les autres secteurs à adhérer à un ambitieux programme d'action concernant la santé de la population.
- Un mauvais état de santé et la souffrance sociale affligent démesurément les populations autochtones. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard en s'attaquant à ces disparités en santé. À l'heure actuelle, 30 ministères et organismes fédéraux offrent aux Autochtones quelque 360 programmes et services, dont le coût s'établit à 8,2 milliards de dollars. Ces programmes et services ne sont cependant pas coordonnés et intégrés de manière à réduire les disparités en santé.
- À Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec, la politique sur la santé de la population émane du ministère de la Santé, mais les deux gouvernements ont également des politiques distinctes d'élimination de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Dans d'autres provinces, les approches pangouvernementales actuelles s'articulent généralement autour de déterminants de la santé particuliers, par exemple ActNow BC, qui porte sur les pratiques personnelles en matière de santé, et Enfants en santé Manitoba, initiative axée sur le développement de la petite enfance.
- Entre 1989 et 1998, toutes les provinces se sont fixé des objectifs dans le domaine de la santé, mais, à la fin des années 1990, elles ne les utilisaient plus. En 2005, les

ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi des objectifs de santé pour le Canada, mais ceux-ci ne forment pas encore une stratégie nationale ni ne se sont traduits par des actions mesurables. Il n'existe pas non plus de cibles nationales pour la réduction des disparités en santé.

- Dans le mémoire au Cabinet sur la santé de la population, présenté en 1997, on recommandait d'évaluer les incidences sur la santé des politiques et programmes fédéraux. De façon analogue, de nombreuses provinces ont favorisé l'utilisation d'outils d'évaluation des incidences sur la santé et, dans un certain nombre de rapports provinciaux, on a recommandé que l'évaluation de ces incidences soit intégrée à tous les mémoires au Cabinet. Jusqu'à maintenant, seul le Québec a adopté des mesures législatives garantissant l'évaluation des incidences sur la santé des projets de loi et de règlement.
- Le Canada dispose de données fiables concernant l'état de santé de la population fondées sur les déterminants de la santé et des données sur les disparités en santé. Au niveau national, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada fournissent des informations fiables. Au niveau provincial, il existe plusieurs sources d'information utiles sur les indicateurs de la santé et sur les disparités en santé, dont le répertoire de données sur la santé du Manitoba, les comptes communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador et l'enquête sur la santé et le mieux-être de la Colombie-Britannique.
- Le Canada joue un rôle important dans la recherche sur la santé de la population; en témoignent les travaux financés ou exécutés à l'échelle nationale par les Instituts de recherche en santé du Canada, le Centre national de collaboration de la santé autochtone, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, de même que les travaux financés ou réalisés au niveau provincial par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, l'Institut de la santé publique du Québec, l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario et la Population Health and Evaluation Research Unit de la Saskatchewan, pour ne nommer que ceux-là.
- Entre 1994 et 2004, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a été l'un des principaux outils de coordination et de dialogue intergouvernementaux dans le domaine de la santé de la population. Ce comité, qui a fourni des conseils à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada, a joué un rôle de premier plan en adoptant une perspective à long terme et intégrée à l'égard de la santé de la population et en garantissant la cohérence entre les secteurs d'intervention. En 2004, dans le document intitulé *Réduire les disparités sur le plan de la santé*, le Comité consultatif s'est penché, pour la première fois au Canada, sur les disparités en santé dans une perspective systémique au lieu d'examiner en particulier des populations aux prises avec des disparités.

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu le mandat d'étudier, en vue d'en faire rapport, l'ensemble des facteurs qui contribuent à la santé des Canadiens. Le Sous-comité s'intéresse en particulier aux mesures que devrait prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre une politique sur la santé de la population. Dans cette étude, « politique sur la santé de la population » ou « approche axée sur la santé de la population » désigne la politique publique qui vise à réduire les disparités en matière de santé et à améliorer l'état de santé général de la population en s'attaquant d'une façon concertée aux multiples facteurs qui ont une influence sur la santé. Une telle approche nécessite une action intersectorielle : coordination des différents ministères fédéraux, collaboration entre tous les ordres de gouvernement et participation des différents intervenants issus des organisations non gouvernementales, du secteur privé et du secteur communautaire.

Dans les 13 chapitres du présent rapport, nous examinons les efforts déployés par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population. Le chapitre 1^{er} décrit les efforts du gouvernement fédéral, tandis que les chapitres 2 à 12 passent en revue les mesures prises dans chaque province et dans les territoires. Enfin, le chapitre 13 présente un examen comparatif des approches qui ont servi à élaborer et à mettre en œuvre une politique sur la santé de la population dans les différentes administrations du Canada.

1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le gouvernement fédéral a été reconnu comme chef de file mondial dans la mise en valeur du concept de la santé de la population. Santé Canada a joué un rôle clé dans la promotion de la santé de la population au niveau fédéral et a officiellement adopté un cadre de santé de la population pour ses programmes et initiatives.
- En 1997, le Cabinet a officiellement convenu d'adopter une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population qui associait 18 ministères sous la direction de Santé Canada. Toutefois, les fonds engagés pour la mise en œuvre ont par la suite été sensiblement réduits, de sorte que le gouvernement fédéral n'a pas concrétisé l'approche globale.
- Le travail du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a permis d'établir un consensus et une collaboration visant à promouvoir la santé de la population au Canada. Tous les ministres de la santé ont officiellement approuvé l'approche préconisée par le Comité consultatif.
- Santé Canada et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial ont produit des documents sur la façon de procéder, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, pour concevoir et mettre en œuvre des mesures intersectorielles d'amélioration de la santé de la population et de réduction des disparités en matière de santé. Bien que jugés utiles dans le secteur de la santé, les documents n'ont pas convaincu les autres secteurs d'adopter cet ambitieux programme.
- Au fil des ans, le gouvernement fédéral a joué un rôle clé dans l'édification d'une bonne infrastructure d'information sur la santé de la population. Il a également beaucoup investi dans la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé. Parmi les principaux intervenants du domaine, il y a lieu de mentionner Statistique Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les centres de collaboration nationale en santé publique.
- En 2005, une étape importante vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population a été franchie lorsque les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont convenu d'un ensemble d'objectifs à atteindre. Il appartient à chaque gouvernement de les concrétiser par les moyens qu'il juge les plus appropriés. Jusqu'ici, toutefois, les objectifs ne se sont pas traduits par des mesures concrètes et n'ont pas abouti à une stratégie pancanadienne de la santé de la population.
- En 2005 également, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

stratégie intersectorielle visant à accroître la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, ont une alimentation saine et conservent un poids sain sur une période de 10 ans. La stratégie est susceptible de contribuer sensiblement à la réduction des disparités en matière de santé.

- Il existe d'importantes disparités en matière de santé entre les différentes populations et communautés autochtones et entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre ces disparités. À l'heure actuelle, 30 ministères et organismes fédéraux offrent aux Autochtones quelque 360 programmes et services, qui ne sont cependant pas coordonnés et intégrés de façon à réduire les disparités en matière de santé.

1.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Il y a une trentaine d'années, le gouvernement fédéral a été reconnu comme chef de file mondial dans la mise en valeur du concept de la santé de la population. Depuis, le concept a évolué : les efforts sont maintenant davantage axés sur la réduction des disparités en matière de santé que sur l'amélioration de l'état de santé général.

En 1974, le ministre de la Santé de l'époque, Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ce rapport, qui légitimait l'idée d'élaborer une politique générale sur la santé de la population, faisait valoir qu'un bon état de santé ne résulte pas seulement de soins médicaux et que des changements dans le mode de vie, le milieu social et l'environnement physique étaient plus susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens que l'affectation de crédits supplémentaires aux soins de santé. Le rapport Lalonde définissait quatre grands déterminants de la santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé⁽¹⁾. Après la publication du rapport Lalonde, le ministère fédéral de la Santé a établi des programmes communautaires et a lancé des campagnes ciblées de marketing social visant la promotion de la santé (comme ParticipACTION, Dialogue sur l'alcool et le Guide alimentaire canadien).

⁽¹⁾ Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens – Un document de travail*, Ottawa, avril 1974, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com-fed/lalonde_f.html.

En 1986, le ministre fédéral de la Santé de l'époque, Jake Epp, a publié le document *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Comme le rapport Lalonde, ce document reconnaissait les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui ont une influence sur la santé et préconisait l'élaboration d'une politique sur la santé de la population. Fait plus important encore, le rapport Epp considérait qu'une approche axée sur la santé de la population constituait non seulement un élément complémentaire du système de santé, mais aussi un moyen de réduire les disparités en matière de santé parmi les différents groupes socioéconomiques de la population canadienne. Il recommandait de coordonner toutes les politiques ayant des incidences directes sur la santé, notamment la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les affaires, l'agriculture, les transports, la justice et la technologie⁽²⁾. Parmi les programmes fédéraux fondés sur une telle approche interministérielle qui ont été mis en œuvre au cours de cette période, il y a lieu de mentionner entre autres la Stratégie canadienne antidrogue, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, l'Initiative de lutte contre la violence familiale et la Stratégie canadienne sur le sida⁽³⁾.

En 1989, un groupe de réflexion, l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA), a présenté des données empiriques établissant que la santé des populations est le fruit d'une interaction complexe de plusieurs déterminants de la santé. Dans leur ouvrage majeur conjoint, *Why are Some People Healthy and Others Not*, les chercheurs de l'ICRA ont démontré de façon convaincante que les conditions sociales et économiques exercent une influence considérable et potentiellement modifiable sur la

⁽²⁾ Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986, http://www.hc-sc.gc.ca/hes-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan_promotion_index_f.html.

⁽³⁾ Il est intéressant de noter que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, également parue en 1986, insistait sur la nécessité d'une action intersectorielle visant la réduction des disparités en matière de santé. La Charte, qui a été adoptée à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé, avait défini cinq priorités : 1) élaborer une politique publique saine, 2) créer des milieux favorables, 3) renforcer l'action communautaire, 4) acquérir des aptitudes individuelles et 5) réorienter les services de santé. Elle reconnaissait en outre que les conditions et les ressources préalables à la santé sont la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables ainsi que la justice et l'équité sociale. (Organisation mondiale de la santé, *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.)

santé en raison de leurs effets sur les mécanismes biologiques (systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire), que les scientifiques commençaient à peine à comprendre. De plus, les chercheurs étaient d'avis que la petite enfance – au cours de laquelle se développent les voies neuronales fondamentales – était extrêmement importante pour le développement de l'intelligence et de la faculté d'adaptation⁽⁴⁾.

Les données empiriques présentées par l'ICRA sur le lien entre les facteurs socioéconomiques et la santé des individus et de la population d'une part et entre les expériences de la petite enfance et la santé d'autre part ont eu une influence considérable sur la politique publique. En 1993, la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé a donné naissance au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, chargé de donner des conseils stratégiques, à l'échelle nationale et intergouvernementale, sur les moyens d'améliorer l'état de santé général et de réduire les disparités grâce à un cadre de santé de la population. Un an plus tard, le Comité consultatif a publié le document *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ce rapport résumait ce qu'on savait à l'époque des grands déterminants de la santé et proposait des mesures nationales destinées à mieux faire comprendre l'approche axée sur la santé de la population au public et aux partenaires gouvernementaux de l'extérieur du secteur de la santé et à lancer des initiatives intersectorielles complètes en matière de santé de la population pour un petit nombre de priorités clés⁽⁵⁾. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont officiellement approuvé l'approche préconisée par le Comité consultatif. À cette époque, plusieurs programmes ont été mis sur pied pour améliorer le bien-être des enfants canadiens, y compris la Prestation nationale pour enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

⁽⁴⁾ *Why are Some People Healthy and Others Not? – The Determinants of Health of Populations*, éditeurs Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore Marmor, 1994.

⁽⁵⁾ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 1994, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/connexes.html>.

En 1996, Santé Canada a publié le rapport *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, qui décrivait 12 déterminants de la santé (revenu et situation sociale, réseau de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnements sociaux, environnements physiques, patrimoine biologique et génétique, hygiène de vie personnelle et capacités d'adaptation, sain développement dans l'enfance, services de santé, sexe et culture) et définissait cinq postulats de l'approche axée sur la santé de la population : 1) La santé est déterminée par les interactions complexes entre les caractéristiques individuelles, les facteurs sociaux et économiques et les environnements physiques; 2) la santé d'une population est étroitement liée à la répartition de la richesse dans cette population; 3) les stratégies visant à améliorer la santé de la population doivent tenir compte de l'éventail complet de facteurs qui déterminent la santé; 4) on peut réaliser des progrès importants en centrant les interventions sur la santé de l'ensemble d'une population (ou de sous-groupes importants) plutôt que sur celle des individus; 5) l'amélioration de la santé est une responsabilité partagée qui exige l'adoption de politiques publiques favorables à la santé en dehors du système de santé traditionnel. Une des principales mesures mises en avant était la promotion d'un investissement et d'un engagement soutenus à long terme à Santé Canada et dans les autres ministères dont les politiques ont une incidence sur la santé des Canadiens. En vue d'atteindre cet objectif, Santé Canada a établi un groupe de référence interministériel sur la santé de la population composé de représentants de 18 ministères fédéraux. Les membres du groupe ont échangé de l'information sur les programmes et les politiques des ministères concernés et exploré les possibilités de collaboration dans des domaines d'intérêt commun⁽⁶⁾.

En 1997, le groupe de référence interministériel a fait considérablement avancer la cause de la santé de la population dans l'administration fédérale en présentant au Cabinet un mémoire à ce sujet. Fait important, le Cabinet a officiellement pris la décision d'adopter une approche axée sur la santé de la population pour orienter sa politique et a confirmé le rôle de Santé Canada comme premier ministère responsable.

⁽⁶⁾ Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, document de travail, 1996, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/commune/index.html>.

Les ministres ont également convenu de travailler avec Santé Canada à l'élaboration d'outils et de mécanismes servant à évaluer l'incidence des politiques et des programmes fédéraux sur la santé. À cause de restrictions budgétaires, toutefois, les fonds engagés pour la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population ont par la suite été sensiblement réduits⁽⁷⁾.

Malgré la réduction des ressources financières, Santé Canada a officiellement adopté en 1998 un cadre de santé de la population pour l'ensemble de ses programmes et initiatives. Désirant s'attaquer aux problèmes conceptuels et organisationnels posés par la transition vers une approche axée sur la santé de la population, le ministère a rassemblé des informations et mis au point des outils destinés aux membres de son personnel, y compris le document *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*⁽⁸⁾. Santé Canada a également publié le *Plan d'action pour promouvoir l'approche axée sur la santé de la population au Canada*, qui définissait six domaines d'action – théorie, politiques, données, marketing, mobilisation et institutionnalisation – pour faciliter l'intégration dans le ministère de l'approche axée sur la santé de la population. Ces domaines d'action sont ainsi définis :

- Théorie : Étoffer le cadre théorique de la santé de la population qui intégrera des données probantes, proposera des interventions pertinentes en matière de politiques et de programmes et établira une base de connaissances pour créer les outils nécessaires à l'application d'une approche axée sur la santé de la population.
- Politiques : Intégrer le concept de santé de la population dans le processus d'élaboration des politiques publiques dans tous les secteurs, en prévoyant des outils de détermination des priorités et de responsabilisation, comme les rapports sur la santé de la population et les comptes de la santé.
- Données : Encourager les programmes de recherche adaptés aux priorités de la santé de la population ainsi que les systèmes d'information qui permettent de saisir les données relatives à la santé de la population.

⁽⁷⁾ Barbara Legowski et Lindsey McKay, *Health beyond Health Care: Twenty-five Years of Federal Health Policy Development*, document de travail, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, octobre 2000, <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=131&l=fr>.

⁽⁸⁾ Santé Canada, *Pour une population en meilleure santé : Une action concrète*, document de travail à l'intention des employés de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, 1998, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/tad_f.pdf.

- Marketing : Informer et influencer les décideurs, les intervenants et le public au sujet de la santé de la population grâce à des campagnes de communication, des ateliers, des exposés et des publications.
- Mobilisation : Concevoir des outils, des partenariats et des approches à l'appui de la mise en œuvre.
- Institutionnalisation : Former des comités conjoints, établir des politiques et des structures appropriées dans les organisations et les charger clairement de rendre compte des approches axées sur la santé de la population et de les évaluer⁽⁹⁾.

En 1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié le rapport *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, qui faisait valoir que l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population ainsi que la réduction des disparités persistantes en matière de santé nécessitent l'action conjuguée de nombreux secteurs. Le rapport soulignait que l'action intersectorielle – c'est-à-dire la coopération dans les organisations et les secteurs et entre eux – implique la participation du secteur public, des gouvernements, du secteur bénévole, du secteur privé, des entreprises, des professionnels et des utilisateurs dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation, des services sociaux, des finances, de l'agriculture, de l'environnement, etc.⁽¹⁰⁾ Le document ne se voulait pas un guide détaillé pour la conception et la mise en œuvre de l'action intersectorielle, mais il énonçait les conditions d'une collaboration intersectorielle réussie, notamment :

- Trouver des valeurs, des intérêts et des objectifs communs aux partenaires actuels et potentiels.
- Assurer l'appui politique et se fonder sur les facteurs positifs de l'environnement politique.
- Assurer l'engagement des principaux partenaires dès le départ; être inclusif.
- Établir des liens horizontaux appropriés entre les secteurs ainsi que des liens verticaux entre les différents niveaux de chacun.
- Investir dans la constitution d'alliances; favoriser le consensus au stade de la planification.
- Viser des objectifs concrets et des résultats tangibles.
- Veiller au partage du leadership, de la responsabilité et des récompenses parmi les partenaires.

⁽⁹⁾ *Ibid.*

⁽¹⁰⁾ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, juin 1999, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/collab/connexes.html>.

- Constituer des équipes stables formées de personnes qui travaillent bien ensemble et prévoir le soutien nécessaire.

Les mesures intersectorielles prises alors comprenaient notamment la Stratégie nationale de contrôle du tabac et l'Accord de Vancouver.

En 2001, Santé Canada a publié *Le modèle de promotion de la santé de la population*, qui décrivait les processus et les procédures nécessaires pour mettre en œuvre une approche plus complète de la santé de la population s'appliquant tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. Le modèle définissait huit éléments clés nécessaires à la mise en œuvre efficace de l'approche axée sur la santé de la population (tableau 1.1)⁽¹¹⁾.

TABLEAU 1.1 – ÉLÉMENTS CLÉS EN SANTÉ DE LA POPULATION

| Élément clé | Actions |
|--|---|
| Placer la santé des populations au centre des préoccupations | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer les indicateurs de mesure de la santé. Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités en santé pour déterminer les problèmes de santé. ▪ Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu. |
| Examiner les déterminants de la santé et leur interaction | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé. ▪ Mesurer et analyser les déterminants de la santé et leur interaction pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants. |
| Fonder les décisions sur des données probantes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes. ▪ Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données. ▪ S'appuyer sur des sources de données variées. ▪ Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées. ▪ Déterminer les interventions efficaces et les évaluer. ▪ Diffuser les résultats de recherche et faciliter leur prise en compte dans les politiques. |
| Accroître les investissements en amont | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement. ▪ Équilibrer les investissements à court et à long terme. ▪ Influencer les investissements dans d'autres secteurs. |

⁽¹¹⁾ Santé Canada, *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, juillet 2001, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche-index.html>.

| Élément clé | Actions |
|---|--|
| Miser sur des stratégies multiples | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer l'étendue des interventions. ▪ Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction. ▪ Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en santé entre les différents groupes démographiques. ▪ Mettre en œuvre un ensemble complet d'interventions et de stratégies. ▪ Mettre en œuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée. ▪ Appliquer des méthodes qui améliorent la santé au cours de la vie. ▪ Agir dans différents milieux. ▪ Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions. |
| Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser les partenaires dès le départ pour assurer l'adoption de valeurs et de visées communes. ▪ Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets. ▪ Identifier et soutenir un chef de file. ▪ Investir dans le processus d'établissement d'alliances intersectorielles. ▪ Trouver des appuis politiques et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques. ▪ Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires. |
| Prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Susciter l'intérêt du public. ▪ Contribuer à l'accroissement du niveau des connaissances en santé. ▪ Mettre en œuvre des stratégies de participation du public en harmonie avec l'objectif fondamental. |
| Assumer la responsabilité des résultats en santé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats. ▪ Déterminer les mesures de base et fixer des objectifs d'amélioration de la santé. ▪ Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces. ▪ Favoriser l'utilisation d'outils d'évaluation des incidences sur la santé. ▪ Rendre publics les résultats. |

Source : Santé Canada, *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, juillet 2001, p. 8, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/discussion_fr.pdf.

En 2002, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a établi le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé en lui donnant pour mandat d'examiner le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre les disparités. Le groupe de travail, composé de décideurs et de chercheurs des secteurs

social et de la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'administration publique⁽¹²⁾, a défini quatre rôles à jouer par le secteur de la santé dans la réduction des disparités :

- Faire de la réduction des disparités en matière de santé une priorité du secteur de la santé (établir des capacités nationales de leadership, fixer des objectifs et des cibles, évaluer les incidences sur la santé, collaborer avec les administrations, définir des domaines prioritaires).
- Intégrer la réduction des disparités aux programmes et services de santé.
- Collaborer avec d'autres secteurs pour réduire les disparités en matière de santé.
- Renforcer les activités d'acquisition et d'échange de données (définir des indicateurs pour mesurer l'impact des disparités en matière de santé, continuer à appuyer la recherche, améliorer les systèmes d'information sur la santé, mettre en commun les données sur les disparités en matière de santé)⁽¹³⁾.

En 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains après trois ans de consultations et d'échanges avec de nombreuses personnes et organisations de tous les secteurs. Cette stratégie encadre l'action soutenue dans l'optique de la santé de la population, son but étant d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités. De nature intersectorielle, elle fait intervenir des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, des réseaux régionaux, le secteur privé, des groupes non gouvernementaux et des organisations nationales autochtones. Il a été entendu que la stratégie viserait au départ l'activité physique, une alimentation saine et leur rapport avec un poids sain, surtout parmi les enfants et les jeunes, les Autochtones et d'autres groupes vulnérables. La cible à atteindre est une augmentation sur dix ans de 20 p. 100 de la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, mangent bien et conservent un poids sain⁽¹⁴⁾.

⁽¹²⁾ Santé Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada, provinces, universités, Conseil canadien de développement social et Caledon Institute of Social Policy.

⁽¹³⁾ Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé, document de travail et Orientations stratégiques et activités recommandées*, décembre 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_f.html et http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_f.html.

⁽¹⁴⁾ Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les modes de vie sains et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

La stratégie pourrait contribuer sensiblement à la réduction des disparités en matière de santé.

1.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le gouvernement fédéral a joué un rôle important, au fil des ans, dans le développement continu d'une bonne infrastructure d'information sur la santé de la population et a investi des sommes considérables dans la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé.

Statistique Canada, par exemple, tient de solides bases de données fondées sur d'excellentes enquêtes relatives à la santé de la population. En 1994, l'organisme a lancé l'Enquête nationale sur la santé de la population dans le but d'améliorer l'information disponible à l'appui de l'élaboration et de l'évaluation des politiques et des programmes de santé du Canada⁽¹⁵⁾. La même année, il a entrepris l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, étude destinée à long terme à suivre le développement et le bien-être des enfants, de la naissance jusqu'à l'âge adulte. Les données sont recueillies à des intervalles de deux ans auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens⁽¹⁶⁾. En 2000, Statistique Canada a également lancé l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour produire régulièrement des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé dans 136 régions socio-sanitaires du Canada⁽¹⁷⁾.

En 1998, Santé Canada a créé le Fonds pour la santé de la population après avoir adopté l'approche axée sur la santé de la population pour, conformément à son mandat, préserver et améliorer la santé des Canadiens. Le Fonds vise à accroître la

(15) Statistique Canada, *Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population*, <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82F0068XIF/82F0068XIF1997001.htm>.

(16) Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – Aperçu*, http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&SP_Action=Theme&SP_ID=20000.

(17) Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/echsinfo_f.htm.

capacité communautaire d'agir sur les déterminants de la santé et sur leurs interactions réciproques⁽¹⁸⁾.

En 1999, le gouvernement fédéral a lancé l'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'Institut canadien d'information sur la santé. L'Initiative cible tout spécialement la santé de la population. Elle a un double objectif : 1) aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités et 2) contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens⁽¹⁹⁾.

En 2000, le gouvernement fédéral a créé les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dont une partie du mandat consiste à réaliser des recherches en vue d'améliorer l'état de santé des populations vulnérables. En conséquence, la plupart des 13 instituts de recherche virtuels des IRSC financent des études sur la santé de la population. En 2005, les IRSC ont lancé l'Initiative de réduction des disparités sur le plan de la santé – entreprise de recherche stratégique mettant à contribution plusieurs instituts – en vue de réduire les disparités en matière de santé et de favoriser l'équité au sein des populations vulnérables⁽²⁰⁾.

En 2001, le gouvernement fédéral a créé Inforoute Santé du Canada, de concert avec les provinces et les territoires, afin d'accélérer l'établissement et l'utilisation de systèmes électroniques d'information sur la santé et de dossiers de santé électroniques (DSE) partout dans le pays⁽²¹⁾. Les données produites par les premiers DSE pourraient être exploitées très avantageusement à des fins de santé de la population si les dossiers sont conçus d'une façon appropriée.

(18) Agence de la santé publique du Canada, *Fonds pour la santé de la population*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/budget/index.html>.

(19) Institut canadien d'information sur la santé, *À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_about_f.

(20) Instituts de recherche en santé du Canada, *Initiative de réduction des disparités sur le plan de la santé*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/25703.html>.

(21) <http://www.inforoute-inforoute.ca/fr/Home/home.aspx>.

En 2004, le gouvernement fédéral a créé l'Agence de la santé publique du Canada et a nommé le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada (qui a un rang équivalent à celui de sous-ministre de la Santé). L'une des responsabilités de l'administrateur en chef est de présenter au Parlement un rapport annuel sur la situation de la santé publique au Canada⁽²²⁾. Le premier rapport, qui sera déposé en mai 2008, portera sur les disparités en matière de santé.

Parallèlement à l'Agence de la santé publique du Canada, le gouvernement fédéral a établi six centres de collaboration nationale chargés de favoriser l'utilisation de données probantes à l'appui du processus décisionnel en santé publique. Quatre de ces centres s'occupent principalement de la santé de la population et des disparités en matière de santé⁽²³⁾. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (Canada atlantique) étudie la façon dont les différents déterminants de la santé influent sur les politiques et les pratiques⁽²⁴⁾. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Québec) examine les incidences des politiques publiques – du secteur de la santé et d'autres secteurs comme les transports et l'urbanisation – sur la santé et le bien-être des Canadiens⁽²⁵⁾. Le Centre de collaboration nationale en santé environnementale (Colombie-Britannique) étudie les facteurs environnementaux qui influent sur la santé humaine et détermine, en se fondant sur des données probantes, les interventions permettant de réduire les risques découlant de l'environnement⁽²⁶⁾. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (Colombie-Britannique) se penche sur les moyens et les stratégies susceptibles d'améliorer l'état de santé des Autochtones du Canada⁽²⁷⁾.

⁽²²⁾ Agence de la santé publique du Canada, *À propos de l'Agence*, 2008, http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php.

⁽²³⁾ Agence de la santé publique du Canada, *Centres nationaux de collaboration en santé publique, Information*, mai 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk2_f.html.

⁽²⁴⁾ <http://www.stfx.ca/research/ncc/about-us.htm>.

⁽²⁵⁾ <http://healthpublicpolicy.ca/493/Le+Centre.htm>.

⁽²⁶⁾ <http://www.nceh.ca/fr>.

⁽²⁷⁾ <http://www.unbc.ca/nccah>.

En 2004, une autre étape importante a été franchie dans le domaine de la santé de la population lorsque les premiers ministres canadiens se sont engagés à établir « des objectifs et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts ». Les ministres de la santé ont convenu en 2005 d'un ensemble d'objectifs à atteindre dans quatre domaines : besoins fondamentaux dans les milieux social et physique, appartenance et engagement, modes de vie sains et système de santé (tableau 1.2)⁽²⁸⁾.

TABEAU 1.2

| OBJECTIFS DE SANTÉ POUR LE CANADA | |
|--|---|
| Besoins fondamentaux (milieux social et physique) | <ul style="list-style-type: none"> • Nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité. • L'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, la nourriture que nous mangeons et les milieux dans lesquels nous vivons, travaillons et nous divertissons sont sécuritaires et sains, aujourd'hui et pour les générations à venir. |
| Appartenance et engagement | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque personne vit dans la dignité, a un sens d'appartenance et contribue à des familles, des groupes d'amis et des collectivités diverses qui favorisent l'entraide. • Nous apprenons tout au long de la vie par le biais de l'enseignement formel et informel et de relations avec autrui et avec la terre. • Nous contribuons aux décisions qui touchent notre santé et notre bien-être personnels et collectifs, et nous influons sur ces décisions. • Par le biais du leadership, de la collaboration et des connaissances, nous travaillons à faire du monde un endroit sain pour tous. |
| Modes de vie sains | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque personne reçoit le soutien et l'information dont elle a besoin pour faire des choix sains. |
| Système de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Nous travaillons à la prévention des menaces pour notre santé et notre sécurité grâce à des efforts coordonnés à l'échelle nationale et internationale. • Un solide réseau de santé et de bien-être social réduit les disparités en matière de santé et offre des soins appropriés, au moment opportun. |

Source : *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html>.

⁽²⁸⁾ *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html>.

Les Objectifs de santé pour le Canada consistent en énoncés d'orientation générale destinés à guider l'action sur les déterminants de la santé et à renforcer la gestion des questions horizontales ou intersectorielles. Il appartient toutefois à chaque gouvernement de les concrétiser par les moyens qu'il juge utiles et pertinents. Jusqu'à maintenant, ces objectifs n'ont pas évolué dans le sens d'une stratégie pancanadienne et n'ont donné lieu à aucune action mesurable.

1.4 LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Le gouvernement fédéral joue un rôle primordial dans la lutte contre les disparités liées à la santé et à la situation socioéconomique des Autochtones. À l'heure actuelle, plus de 30 ministères et organismes fédéraux mettent à leur disposition quelque 360 programmes et services. Plus de la moitié (190) sont offerts à tous les Autochtones, tandis que les autres ne sont accessibles qu'à certains groupes. En 2004-2005, 8,2 milliards de dollars ont été affectés à ces programmes et services sous sept grands objectifs stratégiques : santé (1,8 million de dollars), apprentissage continu (1,9 milliard de dollars), collectivités sécuritaires et viables (2,5 milliards de dollars), logement (0,5 milliard de dollars), possibilités économiques (0,2 milliard de dollars), terres et ressources (0,2 milliard de dollars) et gouvernance et relations (1,1 milliard de dollars). Affaires indiennes et du Nord Canada a dépensé 61,5 p. 100 du total et Santé Canada, 21,0 p. 100⁽²⁹⁾.

En outre, le gouvernement fédéral finance des programmes pancanadiens, dont les paiements de transfert aux provinces et aux territoires, qui profitent à tous les Canadiens, y compris les Autochtones. Les provinces et les territoires ont également leurs propres programmes et services destinés à améliorer la qualité de vie des Autochtones vivant hors réserve et dans le Nord.

⁽²⁹⁾ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, *Les affaires autochtones : Programmes et dépenses, 2004-2005*, <http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/intro.aspx?Language=FR>.

Malgré tout, de grandes disparités demeurent aussi bien entre les Autochtones et le reste de la population qu'entre les Autochtones des réserves et ceux qui vivent hors réserve, surtout en milieu urbain.

Les problèmes de santé pressants auxquels les Autochtones continuent d'être confrontés ont donné lieu à un processus de négociation entre les premiers ministres et les organisations nationales autochtones en 2004 et 2005. Ce processus, sans précédent dans l'histoire du Canada, a débouché sur l'Accord de Kelowna, un ambitieux plan de 10 ans destiné à « combler l'écart » entre Autochtones et non-Autochtones du Canada dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'infrastructure, de la santé et des perspectives économiques, qui comptent tous parmi les grands déterminants de la santé. Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 5,1 milliards de dollars sur cinq ans pour améliorer les conditions socioéconomiques des Autochtones, de façon à faire correspondre leur niveau de vie à celui des autres Canadiens d'ici 2016⁽³⁰⁾. On ne sait pas si l'Accord de Kelowna sera mis en œuvre et, le cas échéant, et de quelle façon.

⁽³⁰⁾ *Premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux – Renforcer les relations et combler l'écart*, Kelowna (Colombie-Britannique), 24-25 novembre 2005, http://www.scics.gc.ca/confer05_f.html.

2.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Au début des années 1990, le gouvernement de l'Alberta a chargé un comité consultatif de fixer des objectifs en matière de santé. Au début des années 2000, il a énoncé de nouveaux objectifs et cibles qui s'inscrivaient dans un cadre de santé de la population bien défini. Il n'a cependant pas utilisé ce cadre pour concrétiser des mesures permettant d'agir sur les grands déterminants de la santé.
- À l'heure actuelle, le message du gouvernement de l'Alberta par rapport à la santé de la population est avant tout d'encourager chaque personne à prendre en main sa santé et son bien-être. Il incombe principalement aux réseaux provinciaux non gouvernementaux de mieux sensibiliser les gens et de promouvoir des mesures favorisant la santé de la population.
- Bien qu'on ne trouve pas grand-chose sur la santé de la population dans les documents du ministère albertain de la Santé et du Mieux-être, trois des neuf régies régionales de la santé de l'Alberta ont choisi d'intégrer les déterminants de la santé dans leurs rapports annuels sur la santé.
- Dans un rapport produit en 2004, le Comité d'examen international de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research a conseillé à la Fondation d'accorder plus d'importance au financement de la recherche sur la santé de la population, comme elle l'a fait pour la recherche biomédicale. Le Comité a également exhorté la Fondation à intervenir auprès de la province pour qu'elle rende les données provinciales sur la santé plus accessibles aux chercheurs.

2.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

En 1987, la Commission du premier ministre sur l'avenir des soins de santé en Alberta a été constituée en vue d'examiner les problèmes du système de santé. Dès le départ, la Commission a déterminé que la santé, au sens très large que lui donne l'Organisation mondiale de la santé, occuperait la place centrale dans son étude. Le rapport qu'elle a présenté en 1989 soulignait la nécessité d'une approche plus concertée, adoptée sur une échelle beaucoup plus grande et assortie de cibles et d'objectifs précis. À part une série de recommandations visant la réforme du système de santé, la Commission

⁽³¹⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Alberta*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

a formulé trois recommandations liées à la santé de la population : 1) nommer un défenseur de la santé des Albertains, chargé de définir les grandes priorités, de surveiller l'état de santé de la population et de faire régulièrement part de ses observations à l'Assemblée législative, 2) évaluer les incidences sur la santé des nouvelles lois, réglementations et procédures, 3) attribuer des fonds supplémentaires pour la recherche sur la santé de la population⁽³²⁾.

Dans sa réponse, le gouvernement a annoncé son intention de fixer des cibles et des objectifs en matière de santé, de consacrer des fonds supplémentaires à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et des blessures et à la recherche sur la santé de la population et d'étudier la faisabilité d'un système d'évaluation des incidences sur la santé⁽³³⁾. Il n'a cependant pas appuyé la création d'un poste de défenseur de la santé des Albertains, estimant que cette fonction faisait partie des responsabilités du ministre de la Santé.

Le Comité consultatif sur les objectifs de santé créé en 1991 a fait paraître en 1993 le rapport *Health Goals for Alberta*, qui définissait neuf objectifs favorables à une approche axée sur la santé de la population :

1. Augmenter le nombre d'années vécues en bonne santé en réduisant les maladies, les blessures et les décès prématurés et en augmentant le bien-être.
2. Prendre des décisions fondées sur des données et des recherches fiables.
3. Tenir compte de la santé dans l'élaboration des politiques publiques.
4. Établir des services de santé adéquats, accessibles et abordables.
5. Vivre dans des familles et des collectivités fortes, solidaires et saines.
6. Vivre dans un milieu physique sain.
7. Reconnaître et maximiser le potentiel individuel malgré les différences biologiques.
8. Opter pour des comportements sains.
9. Développer et conserver des compétences permettant d'affronter les difficultés de la vie d'une façon saine⁽³⁴⁾.

(32) Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, *The Rainbow Report: Our Vision for Health*, rapport final, décembre 1989.

(33) Government of Alberta, *Partners in Health, Government's Response to the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans*, novembre 1991.

(34) Alberta Health, *Health Goals for Alberta : Progress Report*, décembre 1993.

Une autre étude, menée quelques années plus tard par le Comité consultatif du premier ministre sur la santé de l'Alberta, a débouché sur la publication du rapport *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* en 2001⁽³⁵⁾. Le message prédominant du rapport, c'est-à-dire la solution à long terme que le Comité préconisait pour la réforme du système de santé, était d'encourager les Albertains à rester en santé et en forme. À l'appui de ce message, le Comité proposait des mesures incitatives comprenant des récompenses et des pénalités en fonction de l'utilisation du système de santé.

Dans sa réponse, *Framework for a Healthy Alberta*, le gouvernement a reconnu que de multiples facteurs influent sur la santé, dont une partie seulement peut être contrôlée par l'individu. Le document, qui faisait intervenir 11 ministères et organismes provinciaux, fixait deux grands objectifs pour son approche axée sur la santé de la population : la réduction des maladies chroniques et le renforcement des comportements sains. Il énonçait des cibles et des objectifs clairs, mais les interventions gouvernementales restaient centrées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies⁽³⁶⁾. L'action visant les grands déterminants de la santé ne s'est pas matérialisée.

En 2006, dans le cadre de sa « troisième voie » de la réforme du système de santé, le gouvernement a publié le rapport *Health Policy Framework*⁽³⁷⁾, qui insistait encore sur l'autonomie et la responsabilité personnelle en matière de santé.

C'est le personnel clé des administrations locales et des organisations non gouvernementales, plutôt que le gouvernement provincial, qui s'est dit le plus préoccupé par les effets du milieu socioéconomique sur la santé de la population. Par exemple, l'Alberta Healthy Living Network (AHLN), formé en 2002, est un réseau informel de 100 organisations multisectorielles locales, régionales et provinciales ainsi que de

(35) http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/PACH_report_final.pdf.

(36) <http://www.health.gov.ab.ca/key/Framework.pdf>.

(37) <http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/GettingBetterHealthcare.pdf>.

ministères et d'organismes gouvernementaux qui œuvrent dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la recherche, des services sociaux, de l'agriculture, des transports et des milieux autochtones et multiculturels. Il a pour mission de diriger les efforts conjoints nécessaires à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques en Alberta. L'AHLN a identifié en 2004 les disparités en matière de santé comme l'un des sept domaines prioritaires et a formé le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé⁽³⁸⁾.

- L'Alberta Social and Health Equities Network est une autre ONG créée en 2005. Elle est formée d'une coalition d'organismes, de groupes de défense, de décideurs, de chercheurs et de citoyens qui vivent dans la pauvreté ou qui s'inquiètent des disparités en matière de santé en Alberta⁽³⁹⁾. L'organisation Families First Edmonton a vu le jour la même année⁽⁴⁰⁾. Il s'agit d'un partenariat de collaboration regroupant des organismes provinciaux et municipaux et des ONG qui s'efforcent ensemble d'aider les familles à faible revenu à accéder plus facilement aux services dans la région d'Edmonton. Le but ultime est de déterminer si les services de santé, de soutien familial et de loisirs dispensés d'une manière coordonnée peuvent améliorer la santé des familles à faible revenu.

À l'échelon municipal, Edmonton semble vouloir laisser sa marque dans le domaine de la santé de la population. Dans le document *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*⁽⁴¹⁾, publié en 2005, le Conseil de planification sociale de la ville a reconnu clairement que les facteurs qui influent le plus sur la santé sont extérieurs au système de santé et qu'il fallait passer d'un système fondé sur la maladie à un système basé sur le mieux-être qui agit sur les déterminants de la santé et prévient les maladies et les affections chroniques. Récemment, le Conseil a publié un autre rapport, *Tracking the Trends: Social Health in Edmonton*,

⁽³⁸⁾ A. Dedrick, *Social Determinants of Health – Environmental Scan*, 2005, <http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=>.

⁽³⁹⁾ ASHEN Charter, <http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=>.
⁽⁴⁰⁾ <http://www.familiesfirstedmonton.ualberta.ca/index.html>.

⁽⁴¹⁾ <http://www.edmspc.com/Uploads/sdoh%20discussion%20paper.pdf>.

dans lequel il passe en revue les tendances sociales et économiques qui influencent la qualité de vie et le bien-être des habitants d'Edmonton.

2.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Parmi les publications et les renseignements sur la santé produits par le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être figurent les rapports d'enquête annuels sur la santé de la population et le système de santé de la province. Ces enquêtes permettent de mesurer différentes données sur l'état de santé des Albertains, leur utilisation des services de santé et leurs caractéristiques démographiques, y compris le revenu du ménage. Toutefois, les analyses rendues publiques ne donnent aucun renseignement sur le lien entre l'état de santé et le revenu ou le contexte social⁽⁴²⁾. Les rapports mentionnent également divers déterminants de la santé liés aux habitudes de vie et au comportement – allant de l'alimentation à la vaccination, en passant par l'activité physique et les blessures –, mais ils s'attardent rarement sur la façon dont les habitudes et les comportements sont rattachés à la situation de chacun.

En se basant sur l'information provenant de diverses bases de données canadiennes, trois des neuf régions régionales de la santé de l'Alberta (Chinook, Calgary et David Thompson) ont choisi de s'attaquer aux déterminants de la santé dans leurs rapports annuels. Il y a lieu de noter en particulier le rapport *Determinants of Health Survey* publié en 2003 par la région régionale de Chinook, qui est allée jusqu'à présenter une analyse statistique des effets de certains déterminants locaux sur la santé de la population⁽⁴³⁾.

L'Alberta Heritage Foundation for Medical Research est le principal organisme provincial de financement de la recherche médicale. Tous les six ans, le Comité d'examen international effectue une évaluation et présente un rapport à la Fondation et au gouvernement de l'Alberta. Dans son rapport le plus récent, le Comité a

⁽⁴²⁾ <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Survey2004.pdf>.

⁽⁴³⁾ http://www.chr.ab.ca/bins/doc.asp?rdc_id=5455.

conseillé à la Fondation d'accorder plus d'importance au financement de la recherche sur la santé de la population, comme elle l'a fait pour la recherche biomédicale, et d'utiliser les résultats de toutes les recherches pour améliorer la santé des Albertains⁽⁴⁴⁾.

⁽⁴⁴⁾ http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/IBR2004/pdf/IBR_report_final.pdf.

3.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En Colombie-Britannique, l'élaboration de la politique sur la santé de la population est guidée par des cibles, et particulièrement par les objectifs provinciaux de santé de 1997, que les régies régionales de la santé se chargent d'interpréter et de réaliser. Cependant, une seule de ces régies, celle du district intérieur de la province, semble avoir adopté une véritable approche axée sur la santé de la population.
- À l'échelle provinciale, ActNow BC – initiative pangouvernementale de promotion de la santé – a établi des partenariats intersectoriels pour lutter contre les facteurs de risque communs et réduire les maladies chroniques par la promotion de la santé dans les écoles, les collectivités et les lieux de travail.
- En dépit de moyens restreints et d'une information limitée, la province insiste de plus en plus sur la nécessité d'avoir des données probantes pour éclairer la prise de décisions en matière de politiques et de programmes. Plusieurs faits témoignent de cette évolution, notamment la récente création des enquêtes provinciales sur la santé et le mieux-être qui servent à surveiller les cibles relatives aux habitudes de vie et les questions de santé publique aux fins de la planification et de l'évaluation des programmes, ainsi que les travaux réalisés par le Groupe d'experts sur les données pour évaluer l'état des connaissances en matière de santé de la population.

3.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

La politique sur la santé de la population de la Colombie-Britannique repose sur les objectifs de santé de la province et a été élaborée dans le contexte de la décentralisation des services. En 1991, la Commission royale d'enquête sur les soins et les coûts de santé de la Colombie-Britannique a conseillé au gouvernement de fixer des objectifs provinciaux précis et a recommandé une méthode pour mesurer et consigner les progrès accomplis⁽⁴⁶⁾. Pour favoriser l'acceptation des objectifs par la population, le médecin-chef de la province, qui avait été chargé de leur élaboration, a consulté des

(45) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Colombie-britannique*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

(46) British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, *Policy and Practice: A Report on the Use of British Columbia's Health Goals by B.C. Government Ministries*, BC Provincial Health Officer, janvier 2001, http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year:2001_ppfinal.pdf.

ministères, des organismes communautaires et des citoyens en recourant à des processus jugés exhaustifs qui ont nécessité d'importantes ressources⁽⁴⁷⁾.

Approuvés en 1997, les objectifs ont défini une vision et un plan d'action pour une population en santé. Axés sur la santé de la population, ils allaient au-delà de la prestation de services de santé pour s'attaquer à d'autres déterminants de la santé :

1. Conditions de vie et de travail : Conditions de travail positives et favorables dans toutes les collectivités de la Colombie-Britannique.
2. Capacités, compétences et choix individuels : Occasion pour tous d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences nécessaires pour s'épanouir, surmonter les difficultés de la vie et faire des choix propices à la santé.
3. Environnement physique : Environnement physique diversifié et durable où l'air, l'eau et la terre sont propres, sains et sûrs.
4. Services de santé : Système de santé efficace et efficient qui assure un accès équitable à des services adéquats.
5. Santé des Autochtones : Amélioration de la santé des peuples autochtones.
6. Prévention des maladies et des blessures : Réduction des maladies, des blessures, des handicaps et réduction des décès prématurés évitables⁽⁴⁸⁾.

Ces objectifs étaient assortis de 44 cibles précises et de 150 exemples d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés. De plus, le gouvernement a mis un guide à la disposition des régies régionales de la santé et des organismes communautaires pour les aider à établir des cibles et des stratégies adaptées aux conditions locales, mais reflétant la vision et les objectifs provinciaux⁽⁴⁹⁾. Le médecin-chef de la Colombie-Britannique a dirigé les efforts destinés à promouvoir et à consigner les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

Les objectifs provinciaux de santé n'étaient pas exclusivement destinés aux régies régionales de la santé, au médecin-chef de la province ou au ministère de la Santé. Ils ont été conçus pour être utilisés par tous les ordres de gouvernement, le secteur

(47) D. L. Williamson, C. D. Milligan, B. Kwan, C. J. Frankish et P. A. Ratner, « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 63, 2001, p. 173 à 191.

(48) British Columbia Ministry of Health, *Framework for Health Goals and a Healthy Population in BC*, 1997, <http://www.health.gov.bc.ca/pho/hlthgoals.html>.

(49) D.L. Williamson et coll. (2003), *op. cit.*

privé, les entreprises, le secteur sans but lucratif et la société dans son ensemble. Toutefois, un examen réalisé en 2000 par le médecin-chef de la province a révélé que, même si la plupart des ministères avaient une meilleure compréhension de la santé et de ses déterminants, l'administration provinciale n'avait pas pleinement adopté ni utilisé les objectifs comme modèle de planification officiel⁽⁵⁰⁾.

Pendant que les objectifs provinciaux de santé étaient en cours d'élaboration, le système de santé de la Colombie-Britannique a fait l'objet d'une importante restructuration caractérisée par une décentralisation partielle de la prestation des services, dont la responsabilité est passée aux régies régionales de la santé. On s'attendait à ce que ces régies soient plus à même que leurs équivalents provinciaux et fédéraux de produire des cibles, des indicateurs, des stratégies et des programmes mieux adaptés aux caractéristiques et aux ressources locales⁽⁵¹⁾. Toutefois, une vérification effectuée deux ans après le lancement des objectifs provinciaux a révélé que leur utilisation restait très mitigée au niveau régional⁽⁵²⁾.

À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique compte cinq régies régionales de la santé. Parmi elles, la régie du district intérieur de la province a pris les devants pour ce qui est des déterminants de la santé. Son rapport intitulé *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*⁽⁵³⁾ vise à susciter un débat sur la santé de la population en permettant aux intéressés de mieux comprendre la façon dont les conditions socioéconomiques influencent la santé, tout comme la génétique, les habitudes de vie et les services de santé. Il est à espérer que cette conscientisation, conjuguée à une volonté politique, exercera un effet catalyseur sur le travail de collaboration intersectorielle nécessaire à la réduction des disparités en matière de santé.

⁽⁵⁰⁾ British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001), *op. cit.*

⁽⁵¹⁾ D. L. Williamson et coll. (2003), *op. cit.*

⁽⁵²⁾ P. Kendall, *Report on the Use of Provincial Health Goals in Regional Health Service Plans*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999.

⁽⁵³⁾ R. Dovell (2006), *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*, Kelowna: Interior Health, <http://www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/BD005CE4-E0DF-441A-8DD2-4AC315A359B2/0/PopHealthSDOHReportOctober2006.pdf>.

La régie du district intérieur de la Colombie-Britannique reconnaît qu'une lutte efficace contre ces disparités nécessite des interventions tant sociales qu'économiques qui dépassent le cadre de ses responsabilités. Pour elle, le défi consiste à aller au-delà du traitement des maladies et de la promotion de habitudes de vie saines pour agir, de concert avec d'autres intervenants, sur les grands déterminants sociaux de la santé. Autrement dit, la régie régionale accepte la responsabilité particulière d'agir comme catalyseur du changement.

ActNow BC, initiative pangouvernementale de promotion de la santé lancée en 2006 au sein du ministère de la Santé, est l'un des principaux exemples d'action intersectorielle menée à l'échelle provinciale. ActNow BC cherche à améliorer la santé des habitants de la Colombie-Britannique par des mesures permettant de réduire les maladies chroniques et d'affronter les facteurs courants de risque, tels que l'inactivité, la mauvaise alimentation, l'obésité, le tabagisme et les habitudes de vie malsaines prises durant la grossesse. ActNow BC s'est fixé les objectifs suivants pour 2010 :

- Accroître de 20 p. 100 la proportion de résidents de la province qui sont physiquement actifs.
- Accroître de 20 p. 100 la proportion d'adultes qui consomment chaque jour au moins cinq portions de fruits et de légumes.
- Réduire de 20 p. 100 la proportion d'adultes qui ont un excès de poids ou sont obèses;
- Réduire de 10 p. 100 la consommation de tabac.
- Accroître de 50 p. 100 le nombre de femmes qui assistent à des séances d'information sur les dangers de l'alcool et du tabac durant la grossesse⁽⁵⁴⁾.

ActNow BC, qui est dirigé par un ministre d'État, met à contribution la totalité des 19 ministères provinciaux. Chaque ministère est tenu d'examiner son mandat, ses objectifs, ses programmes, ses activités et ses résultats dans une optique de promotion de la santé et de les faire correspondre aux objectifs d'ActNow BC. Le ministre d'État est responsable du marketing social et de la sensibilisation. Il donne des conseils et appuie les ministères, s'occupe de la surveillance et de l'évaluation et fait part au Cabinet des

⁽⁵⁴⁾ British Columbia Ministry of Health, *Backgrounder: About ActNow BC*, 23 mars 2006, http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2006HEALTH0017-000253-Attachment1.htm.

progrès réalisés. Un appui est assuré par le comité des sous-ministres adjoints d'ActNow BC, qui se compose de représentants de tous les ministères provinciaux. Le comité tient des réunions mensuelles au cours desquelles ses membres échangent des informations et discutent de stratégies. Ces réunions aident les sous-ministres adjoints à considérer le mandat et les activités de leurs ministères dans une optique de promotion de la santé, de façon à renforcer l'adhésion des ministères et de leurs dirigeants⁽⁵⁵⁾.

ActNow BC est aussi une initiative intersectorielle, qui déborde le cadre de l'administration provinciale. Plus de 70 partenaires du gouvernement fédéral, des administrations locales, du secteur non gouvernemental, des collectivités, des écoles et du secteur privé participent aux activités, veillant ainsi à étendre la responsabilité de l'amélioration de la santé de la population de la Colombie-Britannique à tous les secteurs de la société.

3.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Un certain nombre d'initiatives sont actuellement en cours en Colombie-Britannique en vue d'améliorer la base d'information dont peuvent se servir les décideurs qui adoptent une approche axée sur la santé de la population. Ainsi, l'Enquête sur la santé et le mieux-être de la Colombie-Britannique a été lancée en 2006 en vue de recueillir de meilleurs renseignements sur les habitudes de vie liées à la santé dans la province. Les données tirées de l'enquête ont une triple utilité : permettre aux collectivités locales de surveiller les cibles d'ActNow BC relatives aux habitudes de vie et les initiatives visant à atteindre ces cibles; servir à évaluer les grandes questions de santé publique; orienter l'élaboration des politiques publiques visant à améliorer la santé de la population de la province. L'enquête est conçue sur le modèle du Système rapide de surveillance des facteurs de risque de l'Ontario, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire qui se déroule pendant toute l'année et permet de suivre les facteurs comportementaux de risque pour la santé ainsi que l'état général de santé. L'enquête a été mise au point pour donner

⁽⁵⁵⁾ Gordon Hogg, ministre d'État, ActNow BC, Mémoire au Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 12 décembre 2007.

suite aux demandes de médecins, d'épidémiologistes, de planificateurs et d'administrateurs de la santé qui avaient besoin de données plus détaillées, au niveau local, que celles qui étaient auparavant recueillies en Colombie-Britannique⁽⁵⁶⁾.

Pour appliquer des données à l'échelle locale, l'Unité de surveillance de la santé de la population de la régie de la santé de l'île de Vancouver a conçu un système d'information géographique sur la santé, qui sert à la fois de plate-forme d'intégration de l'information et d'outil d'analyse détaillée dans une perspective de santé de la population⁽⁵⁷⁾. À l'aide de ce système et d'un vaste éventail de sources de données, il est possible d'examiner les services de santé et la planification des programmes dans une optique de santé de la population. Les renseignements tirés du système servent de base aux décisions de la régie de la santé de l'île de Vancouver quant à l'emplacement des services, à la composition et au nombre des équipes de gestion des cas et à l'éventail des services nécessaires.

Une étude a fait ressortir de sérieuses lacunes dans la capacité du milieu de la recherche de la Colombie-Britannique à utiliser les données sur la protection de la santé, la prévention des maladies et l'action sur les déterminants de la santé pour concevoir des politiques et des programmes, mais elle a révélé la présence dans chacune des cinq régions régionales de la santé d'au moins un employé pouvant faire de la recherche dans ces domaines⁽⁵⁸⁾. Au cours des deux dernières années, le Réseau de la santé de la population de la Colombie-Britannique a amené les chefs de file de la santé de la population de toutes les régions régionales de la santé à communiquer entre eux pour échanger les pratiques les plus fonctionnelles et renforcer les capacités⁽⁵⁹⁾.

(56) British Columbia Provincial Health Services Authority, *British Columbia Health and Wellness Survey Descriptive Report*, janvier 2007.

(57) D. K. Barnard et W. Hu, « The Population Health Approach: Health GIS as a Bridge from Theory to Practice », *International Journal of Health Geographics*, 4, 23, 2007.

(58) Ron Dovell, *Discussion Paper: Capacity for Upstream Evidence in B.C.*, BC Population & Public Health Evidence Network, décembre 2006, <http://www.phabc.org/inmodules.php?name=Contentpub&pa=showpage&pid=34>.

(59) Lex Baas, régie régionale de la santé du district intérieur de la Colombie-Britannique. *Témoignages*, 12 décembre 2007.

Enfin, la régie provinciale des services de santé et la Direction de la gestion du savoir et de la technologie du ministère de la Santé ont chargé un groupe d'experts de déterminer l'état actuel des connaissances sur la santé de la population et les domaines où les données probantes demeurent insuffisantes. Les conclusions du groupe serviront de point de départ pour l'établissement du programme de recherche du ministère⁽⁶⁰⁾.

⁽⁶⁰⁾ Ron Dovell (2006), *op. cit.*

4.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Depuis le début des années 1990, le ministère de la Santé appuie une approche axée sur la santé de la population qui vise à réduire les disparités en matière de santé. La terminologie de la santé de la population est présente dans les documents de politique et de planification des offices régionaux de la santé du Manitoba, mais le rôle des offices à l'égard des grands déterminants de la santé semble ambigu.
- Le programme Enfants en santé Manitoba est un exemple intéressant d'initiative interministérielle dirigée par un comité de haut niveau du Cabinet qui se fonde sur une approche intersectorielle pour améliorer le bien-être des enfants et des jeunes manitobains.
- Pour ce qui est des efforts en matière de santé de la population déployés à l'extérieur du secteur de la santé, un cadre stratégique et une optique de développement économique communautaire ont été élaborés afin d'institutionnaliser l'intégration des stratégies de développement communautaire dans les politiques et les programmes de l'ensemble des ministères provinciaux, mais des problèmes se sont posés au stade de la mise en œuvre.
- Le Manitoba a l'avantage de recueillir depuis longtemps des données administratives longitudinales, de disposer d'une bonne capacité de recherche conjointe et de pouvoir mener des activités d'application des connaissances acquises, ce qui lui procure une assise solide pour la surveillance, l'évaluation et la production de données pour élaborer des politiques publiques, des programmes et des pratiques favorables à la santé.

4.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

En 1992, Santé Manitoba a publié le *Plan d'action manitobain : Pour un meilleur système de santé*, qui énonçait le credo et les objectifs d'une stratégie devant définir la nouvelle politique de la santé et le mode de planification et de prestation des services au Manitoba pour les années 1990. Le Plan d'action comprenait une série

(61) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Manitoba*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

d'objectifs de réforme de la santé, dont l'amélioration de l'état de santé général des Manitobains et la réduction des disparités⁽⁶²⁾.

Les responsabilités provinciales en matière de santé de la population ont été décrites en 1997 dans le document *Cadre de planification visant à promouvoir, à préserver et à protéger la santé des Manitobains*. Elles comprenaient ce qui suit : 1) déterminer les priorités provinciales, 2) élaborer une stratégie provinciale de la santé, 3) évaluer l'état de santé et les besoins en matière de santé à l'échelle provinciale, 4) coordonner la stratégie de la santé à l'échelle de la province, 5) diriger des projets de recherche, y participer et communiquer les résultats⁽⁶³⁾.

La *Loi sur les offices régionaux de la santé* de 1997 définit les responsabilités des offices régionaux de la santé en matière de santé publique et de santé de la population. Chaque office est responsable de l'évaluation de l'état de santé et des besoins en santé dans la région qu'il dessert, de l'établissement des priorités régionales ainsi que de la gestion de l'organisation et de la prestation des programmes et des services⁽⁶⁴⁾. Il incombe en outre aux offices régionaux de surveiller les effets de leurs interventions sur la santé, de faire des recherches sur le terrain et de participer aux recherches provinciales⁽⁶⁵⁾.

Une récente enquête réalisée dans trois offices régionaux de la santé du Manitoba a montré à quel point il est difficile d'adopter une approche axée sur la santé de la population à l'échelle régionale. Peu de répondants ont dit de la santé de la population qu'elle nécessitait une action au niveau des déterminants de la santé et presque personne

⁽⁶²⁾ Kay Willson et Jennifer Howard, *Le Chaînon manquant : Les effets de la privatisation des soins de santé sur les femmes du Manitoba et de la Saskatchewan*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Prairies, 2000.

⁽⁶³⁾ Santé Manitoba, *Cadre de planification visant à promouvoir, préserver et protéger la santé de tous les Manitobains*, 1997, http://www.gov.mb.ca/health/documents/planning_fr.pdf.

⁽⁶⁴⁾ Benita Cohen, « Population Health as a Framework for Public Health Practice: a Canadian Perspective », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 9, 2006, p. 1574 à 1576.

⁽⁶⁵⁾ Santé Manitoba (1997), *op. cit.*

n'a évoqué la réduction des disparités sociales et économiques en matière de santé comme étant d'une importance cruciale dans l'optique de la santé de la population⁽⁶⁶⁾.

Le programme Enfants en santé Manitoba est un modèle d'action intersectorielle offrant une gamme complète de programmes et de services aux enfants, aux jeunes et aux familles, de la conception jusqu'à l'adolescence : Approche axée sur les parents et les enfants, Stratégie de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, Bébés en santé, Familles d'abord, Triple P ou Programme d'entraînement parental positif, Écoles en santé et Stratégie de développement des adolescents en santé. Lancé en 2000, le programme Enfants santé Manitoba fait intervenir différents ministères provinciaux, d'autres ordres de gouvernement et des groupes communautaires dans l'élaboration d'une politique publique axée sur l'enfant, qui prévoit une aide financière et des services communautaires de soutien à la famille⁽⁶⁷⁾.

Enfants en santé Manitoba est guidé par un comité ministériel qui se réunit tous les deux mois pour veiller à la coopération et à la coordination interministérielles des programmes et des services. Dirigé par la ministre déléguée à la Vie saine et appuyé par le Comité des sous-ministres pour Enfants en santé, le comité ministériel était composé des membres suivants du Cabinet en 2006-2007 : ministre de la Santé, ministre des Affaires autochtones et du Nord, ministre de la Justice, ministre de la Culture, du Patrimoine et du Tourisme, ministre du Travail et de l'Immigration et ministre déléguée à la Situation de la femme, ministre de l'Éducation, de la Citoyenneté et de la Jeunesse, ministre des Services à la famille et du Logement. L'existence de ce comité parmi le petit nombre de comités du Cabinet suffit pour indiquer que la santé des enfants et des jeunes constitue une importante priorité du gouvernement. À l'heure actuelle, le comité ministériel pour Enfants en santé du Manitoba est le seul groupe canadien de ce rang dont l'activité est consacrée aux enfants et aux jeunes⁽⁶⁸⁾.

⁽⁶⁶⁾ Benita Cohen (2006), *op. cit.*

⁽⁶⁷⁾ Enfants en santé Manitoba, *À propos du programme Enfants en santé Manitoba*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/index_fr.html.

⁽⁶⁸⁾ Enfants en santé Manitoba, *Rapport annuel 2006-20007*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/annual_report_2006_07_fr.pdf.

Un autre exemple d'action intersectorielle est l'adoption par le gouvernement d'un cadre stratégique et d'une optique de développement économique communautaire (DEC) devant régir l'élaboration des politiques et des programmes⁽⁶⁹⁾. La province considère le développement économique communautaire comme un processus dirigé par la collectivité, qui combine des objectifs sociaux, économiques et environnementaux pour bâtir des collectivités saines et économiquement viables⁽⁷⁰⁾. Le cadre stratégique aide les ministères à soutenir les initiatives économiques communautaires à objectifs multiples, qui permettent souvent d'agir sur plusieurs déterminants de la santé. Les fonctionnaires se servent de l'optique définie pour examiner les politiques et les programmes.

Pour faciliter les relations interministérielles, le gouvernement a créé un organisme central, le Secrétariat du Comité du Cabinet chargé du développement économique et communautaire, qui est responsable de la mise en œuvre de la politique de DEC. Par l'intermédiaire du Comité du Cabinet, le Secrétariat coordonne les grands projets économiques et de développement qui nécessitent une collaboration interministérielle. Il dirige aussi le groupe de travail sur le DEC, équipe interministérielle qui se réunit régulièrement pour sensibiliser l'administration publique au DEC et encourager l'utilisation du cadre stratégique et de l'optique de DEC.

La création d'un comité de haut niveau du Cabinet ne semble pas, dans ce cas, avoir eu autant de succès que le programme Enfants en santé Manitoba. Comme le Comité du Cabinet chargé du développement économique communautaire est responsable de tout un éventail de domaines, la politique de DEC a rarement été considérée comme prioritaire. De plus, le Comité ne disposait que de son pouvoir de persuasion pour influencer les activités des ministères et encourager la mise en œuvre du

⁽⁶⁹⁾ Fran Rancher et Robert Annis, « Health Promotion in Manitoba: Partnering for Action », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2^e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007.

⁽⁷⁰⁾ Eugene Kostyra, « Fait au Manitoba : Cadre stratégique et perspective de développement économique communautaire », *Horizons*, vol. 8, n° 2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_f.pdf.

cadre stratégique et de l'optique de DEC. Les ministères n'ayant pas été tenus responsables de leur contribution au DEC, la mise en œuvre a varié d'un ministère à l'autre⁽⁷¹⁾.

4.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le Manitoba est reconnu pour la très grande richesse de ses données sur la santé grâce à sa Base de données sur la santé de la population, qui existe depuis 30 ans. La province est bien servie non seulement par la multitude des données, mais aussi par le fait qu'elles sont conservées sous une forme qui permet de les relier à des renseignements individuels provenant d'autres secteurs ministériels, comme le logement, le soutien du revenu et l'éducation, pour obtenir un tableau détaillé des déterminants de la santé et de l'état de santé de la population⁽⁷²⁾. En fait, une revue des études réalisées entre 1994 et 2002 à l'aide de données administratives longitudinales a révélé que la proportion des recherches portant sur les déterminants socioéconomiques de la santé au Manitoba (22 p. 100) dépassait de loin celle de la Colombie-Britannique (6 p. 100) et de l'Ontario (3 p. 100)⁽⁷³⁾. La possibilité de relier des ensembles de données entre différents secteurs a l'avantage supplémentaire de renforcer la collaboration interministérielle⁽⁷⁴⁾.

À l'Université du Manitoba, le Centre for Health Policy and Evaluation utilise la Base de données sur la santé de la population pour déterminer l'état de santé des Manitobains en analysant leur utilisation des services de santé, mais aussi en examinant les facteurs sociaux et économiques qui agissent sur différents segments géographiques et démographiques de la population. Ses travaux de recherche ont permis d'établir que les

⁽⁷¹⁾ Byron Sheldrick et Kevin Warkentin, *The Manitoba Community Economic Development Lens: Local Participation and State Restructuring*, Centre canadien de politiques alternatives – Manitoba, avril 2007; et Shauna MacKinnon, « L'économie sociale au Manitoba : Concevoir une politique publique d'inclusion sociale », *Horizons*, vol. 8, n° 2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_f.pdf.

⁽⁷²⁾ Marni Brownell, *Inégalités en santé des enfants : évaluation des rôles de la famille, de la collectivité, de l'instruction et des soins de santé*, Atelier régional de l'ISPC, 2003.

⁽⁷³⁾ Leslie Roos, Verena Menec et R.J. Currie, « Policy analysis in an information-rich environment », *Social Science & Medicine*, vol. 58(11), p. 2231 à 2241, 2004.

⁽⁷⁴⁾ Noraloo Roos, Université du Manitoba, *Témoignages*, 13 février 2008.

habitants des secteurs relativement défavorisés recourent plus fréquemment aux services de santé et tendent à être moins bien portants que les autres⁽⁷⁵⁾. Le manque d'accès aux soins de santé n'est pas le seul élément qui contribue à ce gradient; il y a aussi des facteurs économiques et sociaux comme le chômage, le revenu et le niveau d'instruction. Il n'est donc pas surprenant que le segment le plus défavorisé de la population ait la plus forte demande de soins de santé. Par conséquent, le Manitoba s'efforce de réaffecter des ressources dans le système de santé de façon à répondre aux besoins sociaux des segments de la population qui ont le plus de difficultés, et tout particulièrement des enfants qui vivent dans la pauvreté⁽⁷⁶⁾. Ces travaux ont été enrichis par une équipe de recherche du Centre, dont le travail d'application des connaissances a permis de « fournir des renseignements précis en temps opportun aux décideurs, aux analystes et aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent offrir des services à la fois efficaces et efficients pour améliorer la santé des Manitobains »⁽⁷⁷⁾.

(75) Norman Frohlich et coll., *A Report on the Health Status, Socio-Economic Risk and Health Care Use of the Manitoba Population 1992-93 and Overview of the 1990-91 to 1992-1993 Findings*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1994.

(76) John Frank et Fraser Mustard, *The Determinants of Health from a Historical Perspective*, Founders Network, 1998.

(77) Instituts canadiens de recherche en santé, D^{re} Patricia Martens – *L'équipe qui a besoin de savoir et le Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29970.html>.

Un autre point fort du travail de recherche sur la santé de la population au Manitoba est le partenariat officiel entre les Premières nations de la province et les chercheurs du département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba⁽⁷⁸⁾. Ce partenariat, formé il y a 20 ans, a donné naissance à des façons nouvelles et innovatrices d'élaborer des organismes, des initiatives de formation et des projets qui renforcent les principes de gouvernance des Premières nations. Ainsi, les efforts de l'Assemblée des chefs du Manitoba et de l'Unité de recherche sur la santé de la population du Nord ont permis de créer le Centre for Aboriginal Health Research, qui organise, coordonne et appuie des activités de recherche conçues pour aider les Premières nations ainsi que les communautés et les organismes autochtones à promouvoir la guérison, le mieux-être et l'amélioration des services de santé.

⁽⁷⁸⁾ John O'Neil, Brenda Elias et Jennie Wastesicoot, « Building a Health Research Relationship Between First Nations and the University in Manitoba », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. 1, p. S9 à S12, 2005.

5.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 2001, le Comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a recommandé l'adoption d'une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population. Son cadre de promotion du mieux-être a fourni au gouvernement une vaste orientation stratégique de portée générale visant à l'amélioration de la santé de la population.
- Le Comité spécial a recommandé l'élaboration d'un plan d'action appuyant la mise en œuvre de cette stratégie au moyen d'un mécanisme de coordination interministériel de haut niveau, par exemple un comité composé de sous-ministres.
- En 2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a rendu public le détail d'une stratégie du mieux-être, qui ne reflète cependant pas l'approche pangouvernementale recommandée par le Comité spécial pour l'amélioration de la santé de la population. Cette stratégie ne porte que sur les contributions du secteur de la santé, qui se résument à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.
- Le Comité de stratégie du mieux-être des sous-ministres a été mis sur pied dans le cadre de la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick. Il assurera notamment la promotion et la coordination des activités du gouvernement concernant le mieux-être et facilitera l'élaboration soutenue de la politique sur la santé publique. Il pourrait s'agir d'une importante étape vers l'adoption d'une approche plus vaste axée sur la santé de la population.

5.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Depuis deux décennies, on ne cesse de débattre, au Nouveau-Brunswick, de la vision globale de la santé et des stratégies relatives à la santé de la population. En 1989, la Commission sur certains programmes de soins de santé a souligné les limites du système de santé et la nécessité d'examiner des solutions de remplacement pour le développement de populations en santé. Elle a affirmé qu'il incombait au gouvernement de fixer des objectifs, des buts et des cibles en matière de santé pour que les politiques économique et sociale donnent des résultats. Elle a également fait observer que les gens avaient besoin d'aide pour faire des choix de vie sains dans leur vie et qu'ils devaient pour cela mieux comprendre les facteurs qui entraînent une bonne ou une mauvaise santé.

Il fallait également les aider à faire des choix éclairés relatifs aux traitements et aux soins parallèles. De plus, la Commission a souligné qu'à l'instar des ministères de la Santé et de l'Éducation, d'autres ministères tels que l'Environnement, le Soutien du revenu, le Travail, les Transports, l'Agriculture, les Pêches, l'Habitation et la Justice devraient se concerter pour créer un programme de promotion de la santé et d'éducation en matière de santé qui s'adresse aux personnes à faible revenu, aux enfants d'âge scolaire, aux parents, aux bénéficiaires de soins prénataux et postnataux, aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes handicapées, et qu'ils devraient y prendre part activement⁽⁷⁹⁾.

Pour donner suite à ce qui précède, le gouvernement provincial a publié en 1990 *Santé 2000*, qui appuyait le concept global de la santé défini par l'Organisation mondiale de la santé dans son plan *La santé pour tous d'ici l'an 2000*. Dans *Santé 2000*, le gouvernement a également énoncé cinq buts en matière de santé qui forment un cadre pour la planification, l'établissement des priorités et l'évaluation des programmes.

1. Faire en sorte que les résidents du Nouveau-Brunswick vivent plus longtemps sans maladie, invalidité ou handicap majeurs.
2. Chercher davantage à promouvoir la santé et à prévenir la maladie.
3. Faire en sorte que les personnes, les familles et les collectivités soient saines, fortes et solidaires.
4. Favoriser la création d'environnements sûrs pour tous les Néo-Brunswickois.
5. S'il y a lieu, rendre les services de santé et les services communautaires plus accessibles, plus abordables et mieux adaptés aux besoins de la population du Nouveau-Brunswick⁽⁸⁰⁾.

Dans *Santé 2000*, on invitait aussi les ministères, les fournisseurs de services de santé, les organismes communautaires et les personnes à transformer les buts en objectifs, cibles et actions stratégiques. Dans le document intitulé *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, publié en 1993, on a établi des objectifs

⁽⁷⁹⁾ Commission sur certains programmes de soins de santé, *Rapport*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, mai 1989.

⁽⁸⁰⁾ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Vers une stratégie globale en matière de santé – Santé 2000 : Vision, principes et objectifs*, 1990.

par domaine de priorité afin de surveiller l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick⁽⁸¹⁾.

En 1999, une commission mandatée par le gouvernement provincial a recommandé, elle aussi, l'adoption d'un modèle de mieux-être axé sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ce qui est peut-être plus intéressant encore, c'est qu'elle a recommandé au gouvernement de faire appel à tous les secteurs de la politique publique afin de favoriser la santé de manière coordonnée grâce à un comité de sous-ministres qui aurait aussi pour mandat de surveiller continuellement l'incidence des politiques, nouvelles et bien établies, sur les déterminants de la santé⁽⁸²⁾.

En 2000, le Comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a présenté un premier rapport sur les différentes politiques provinciales sur la santé et le mieux-être. Ce rapport contenait un répertoire des politiques, programmes et initiatives ayant une incidence sur les déterminants de la santé, qui a été élaboré à partir de renseignements fournis par les sous-ministres. Les politiques et les programmes de 15 ministères et organismes ont été classés en fonction de leur incidence sur huit déterminants de la santé (revenu et situation sociale, réseaux de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnement physique, santé personnelle et capacité d'adaptation, sain développement dans l'enfance et services de santé). Reconnaisant que de nombreux programmes gouvernementaux contribuent à la santé de la population, le Comité a signalé qu'il n'y avait encore aucune orientation coordonnée, globale et de haut niveau grâce à laquelle on pourrait s'assurer que tous les ministères s'efforcent d'améliorer la santé de la population⁽⁸³⁾.

⁽⁸¹⁾ Government of New-Brunswick, *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, 1993.

⁽⁸²⁾ Comité d'examen des soins de santé, *Rapport du Comité*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, février 1999.

⁽⁸³⁾ Comité spécial des soins de santé, *Rapport d'étape sur la stratégie du mieux-être*, premier rapport, deuxième session, 54^e législature du Nouveau-Brunswick, 15 juin 2000, <http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/healthfirstrep-f/healthfirstrep-f.asp>.

Un an plus tard, le Comité spécial des soins de santé a publié un deuxième rapport intitulé *Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick* dans lequel il a recommandé une approche pangouvernementale novatrice axée sur la santé de la population. La stratégie proposée était axée sur les modes de vie sains, les enfants et les jeunes, les aînés, les collectivités et le milieu de travail. Parmi les éléments clés nécessaires à la mise en œuvre efficace de la stratégie, indiquons le leadership du gouvernement, la collaboration et les partenariats, la recherche reposant sur des données probantes, la surveillance et la production de rapports, la participation des citoyens et l'engagement à long terme. Dans son rapport, le Comité a recommandé que tous les ministères effectuent une évaluation des incidences sur la santé lorsqu'ils élaborent ou revoient des politiques et des programmes; il a aussi recommandé que le thème de la santé de la population soit intégré au système de mesure du rendement du gouvernement. Pour favoriser l'action intersectorielle, le Comité a recommandé l'établissement d'un centre de liaison de premier plan au sein du gouvernement. Le mandat de ce centre de liaison, ou secrétariat, se résumerait comme suit : 1) travailler avec d'autres ministères et intervenants; 2) représenter une source de connaissances sur le mieux-être; 3) publier un rapport annuel sur le mieux-être de la population; 4) favoriser l'utilisation d'une approche communautaire axée sur le mieux-être. Enfin, le Comité a recommandé l'établissement d'un mécanisme de coordination interministériel de haut niveau, par exemple un comité composé de sous-ministres, pour l'élaboration d'un plan d'action concernant la mise en œuvre de la stratégie⁽⁸⁴⁾.

En 2002, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé, créé en 2000 et doté d'un mandat de deux ans, a publié un rapport sur le renouvellement du système de santé. Le Conseil affirmait : « La santé de la population du Nouveau-Brunswick n'est pas déterminée par les seuls investissements dans le système de santé. Le revenu, les conditions de travail, l'environnement, le développement de la petite enfance, l'éducation et le soutien social sont des déterminants sociaux de la santé, tout comme le mode de vie et les services de santé. Des changements durables dans l'état

⁽⁸⁴⁾ Comité spécial des soins de santé, *Ensemble pour le mieux-être – Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick*, deuxième rapport, troisième session, 54^e législature du Nouveau-Brunswick, avril 2001, <http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports-f.asp>.

de santé des Néo-Brunswickois passent par tous ces facteurs. » Le Conseil a donc appuyé les recommandations du Comité spécial des soins de santé et a affirmé que le schéma directeur du renouvellement du système de santé proposé devrait reposer sur la mise en œuvre des recommandations détaillées et réfléchies du Comité spécial⁽⁸⁵⁾.

En 2004, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick – Plan provincial de la santé 2004-2008*. Fait intéressant, il y mentionnait l'amélioration de la santé de la population comme sa première priorité stratégique et annonçait qu'il comptait mettre en œuvre une stratégie du mieux-être. Dans ce document, le gouvernement a approuvé l'orientation générale préconisée par le Comité spécial des soins de santé dans son rapport: il ne s'est toutefois pas engagé à adopter l'approche pangouvernementale à l'égard de la santé que recommandait le Comité spécial. En fait, *Un avenir en santé* traite uniquement des contributions du secteur de la santé, qui se traduisent par la promotion de la santé et par la prévention des maladies⁽⁸⁶⁾. Des experts croient toutefois que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies pourraient être considérées comme les premières étapes de l'élaboration d'une approche globale axée sur la santé de la population⁽⁸⁷⁾.

Le document *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick*, publié en 2006, fournit des précisions au sujet des initiatives qui allaient former la stratégie du mieux-être, annoncée dans le rapport *Un avenir en santé*. Cette stratégie vise l'augmentation de l'activité physique, la promotion d'une alimentation saine, la prévention et la réduction du tabagisme, ainsi que l'adoption de mesures favorisant la santé mentale et la résilience psychologique, et elle met l'accent sur les partenariats de même que sur la collaboration. Elle prévoyait une campagne de marketing social

(85) Rapport du Conseil du premier ministre, *Renouvellement du système de santé*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, janvier 2002, <http://www.gnb.ca/0089/documents/f-phqc.pdf>.

(86) Ministère de la Santé et du Mieux-être, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick – Plan provincial de la santé 2004-2008*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2004, <http://www.gnb.ca/0051/promos/healthplan/index-f.asp>.

(87) Monique Allain et Marlien MacKay, « Nouveau-Brunswick: Government Policy and Action », *Health Promotion in Canada – Critical Perspectives*, deuxième édition, 2007, p. 189 et 190.

multimédias ayant pour objectif de mieux faire connaître les avantages d'un mode de vie sain et actif et d'encourager les citoyens à assumer davantage la responsabilité de leur santé⁽⁸⁸⁾. Cette campagne a été lancée en 2007 et avait pour thème « Destination : mieux-être »⁽⁸⁹⁾.

Fait digne d'être mentionné, le gouvernement du Nouveau-Brunswick collabore avec d'autres gouvernements des provinces de l'Atlantique à l'élaboration d'une stratégie du mieux-être pour la région; les premiers ministres des provinces de l'Atlantique demandent l'élaboration d'une stratégie nationale du mieux-être avec la coopération de l'ensemble des provinces et des territoires⁽⁹⁰⁾.

5.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Dans le cadre de la Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, le gouvernement investit dans une étude longitudinale et dans un projet de recherche grâce auxquels il pourra évaluer systématiquement les progrès accomplis au fil du temps. Un comité de stratégie du mieux-être composé de sous-ministres surveillera la mise en œuvre de la Stratégie et présentera un rapport d'étape tous les quatre ans. Ce comité doit également promouvoir et coordonner les activités de mieux-être du gouvernement et faciliter l'élaboration soutenue de politiques de santé publique⁽⁹¹⁾. Voilà qui pourrait ouvrir la voie à une approche globale concernant la santé de la population.

⁽⁸⁸⁾ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick : Une initiative du Plan provincial de la santé*, janvier 2006, http://www.cahperd.ca/eng/advocacy/cross_canada/documents/wellnessstrategy2006.pdf.

⁽⁸⁹⁾ Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, *Le Nouveau-Brunswick est invité à se diriger vers la « Destination : mieux-être »*, communiqué, gouvernement du Nouveau-Brunswick, 5 septembre 2007, <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/wcs/2007f1104wc.htm>.

⁽⁹⁰⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Premiers Discuss Action on Issues of Mutual Concern*, communiqué, 22 novembre 2002, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2002/exec/1122n07.htm>.

⁽⁹¹⁾ Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick (2006), *op. cit.*

6.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le Plan social stratégique de Terre-Neuve-et-Labrador énonçait en 1998 une vision pour le développement social à long terme, en intégrant le développement social et le développement économique et en harmonisant l'investissement social avec les stratégies de développement communautaire et régional. Des consultations provinciales menées par un comité consultatif externe ont servi à l'élaboration du Plan. Sous l'égide du Comité de la politique sociale du Cabinet, le Plan a été mis en œuvre grâce à un partenariat entre les groupes communautaires, les conseils régionaux, les citoyens et les pouvoirs publics.
- Terre-Neuve-et-Labrador est la deuxième province canadienne à s'attaquer à la réduction de la pauvreté au moyen d'une stratégie exhaustive et intégrée. Sous la direction d'un comité ministériel, le plan décennal de la province vise à améliorer l'accès des personnes à faible revenu aux services, à renforcer le filet de sécurité sociale, à hausser les revenus d'emploi, à renforcer le développement de l'enfance et à améliorer le niveau général d'instruction de la population.
- Le Plan de mieux-être de Terre-Neuve-et-Labrador de 2006 représente la plus importante initiative de promotion de la santé dans l'histoire de la province. Dans un premier temps, il met l'accent sur un mode de vie sain fondé sur une alimentation saine, sur l'activité physique, sur la répression du tabagisme et sur la prévention des blessures; dans un second temps, il insiste sur la santé mentale, l'hygiène de l'environnement, le développement de l'enfance et de la jeunesse et la protection de la santé. Élaboré à la lumière de consultations tenues auprès d'un conseil consultatif sur le mieux-être, composé de représentants provenant d'un large éventail d'organismes non gouvernementaux et de ministères, le Plan est mis en œuvre par le ministère de la Santé et des Services communautaires.
- En matière de surveillance et d'évaluation, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a effectué la première vérification sociale provinciale au Canada. Pour ce faire, il a dû créer l'infrastructure requise pour évaluer la mise en œuvre du Plan social stratégique. Il a aussi créé une base de données socioéconomiques exhaustive et accessible au public, appelée Comptes communautaires, qu'exploite le ministère des Finances. De plus, il a effectué une étude détaillée afin de savoir dans quelle mesure les changements apportés aux processus opérationnels gouvernementaux ont porté fruit cinq ans après le lancement du Plan.

6.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Au cours des dix dernières années, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mené, de façon coordonnée, une série d'initiatives stratégiques portant sur les divers déterminants de la santé.

A. Plan social stratégique

Les bouleversements socioéconomiques occasionnés par la fermeture de la pêche à la morue au début des années 1990 ont mis en évidence la nécessité de modifier complètement la politique gouvernementale. Après la publication de son plan économique stratégique en 1992, le gouvernement a décidé d'élaborer un plan social exhaustif qui servirait à orienter les mesures à long terme et à déterminer les orientations stratégiques, les processus et les résultats.

En 1998, le gouvernement a approuvé le Plan social stratégique⁽⁹²⁾ quinquennal qui balisait l'élaboration d'une approche à long terme pour le développement social de la province. Ce plan reposait sur la vision d'une population en meilleure santé et plus instruite habitant des collectivités dynamiques et autonomes. Il reconnaissait explicitement que le développement social et le développement économique sont liés et que l'on ne peut s'occuper de l'un sans s'occuper de l'autre. Le Plan marquait un virage dans les politiques de développement social : on mettait l'accent non plus sur les gens mais sur les collectivités, afin d'intégrer le développement social et le développement économique aux échelons local et régional. De cette façon, les politiques ne viseraient pas à régler des problèmes en particulier, mais elles s'attaqueraient aux causes de ces problèmes, tout en tenant compte des besoins des personnes, du contexte communautaire et de l'environnement socioéconomique. Le renforcement des collectivités et des régions aiderait celles-ci à atteindre l'autonomie; il favoriserait ainsi le bien-être individuel et communautaire et fournirait une pluralité de choix. De plus, on espérait qu'« en réorientant les programmes et les services sociaux, de la résolution des

⁽⁹²⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *People, Partners and Prosperity: A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, 1998, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/ssp.pdf>.

problèmes à l'élimination des causes, on obtiendrait une programmation plus efficace et plus économique »⁽⁹³⁾.

Le Plan a été mis en œuvre grâce à un partenariat formé de groupes communautaires, de conseils régionaux, de citoyens et des pouvoirs publics. Il encourageait les ministères à collaborer entre eux, avec d'autres ordres de gouvernement et au sein des collectivités. Il a débouché sur la création de six comités directeurs régionaux ayant pour but d'aider les organismes gouvernementaux et communautaires à déterminer ensemble les problèmes liés au développement social ou économique des régions concernées et de les résoudre. Au sein du gouvernement, le Comité de la politique sociale du Cabinet a dirigé la mise en œuvre du Plan et devait veiller à la réalisation des objectifs suivants :

- intégrer la politique et la planification sociales et économiques;
- diriger les affaires gouvernementales de manière à favoriser la coordination et l'intégration et à mettre l'accent sur la responsabilité à l'égard des résultats;
- assurer la participation significative du public à la conception et à la prestation de services publics par le truchement de structures régionalisées, décentralisées;
- renforcer la capacité des régions à soutenir l'action communautaire en vue de l'atteinte d'objectifs de développement social et garantir la coordination des mesures prises pour obtenir les résultats prévus dans le Plan;
- effectuer un virage, dans la politique et les programmes, c'est-à-dire délaisser les interventions d'urgence et les mesures après coup au profit de mesures de prévention et d'intervention précoce.

Cinq ans après le lancement du Plan social stratégique, le gouvernement a évalué les progrès accomplis en fonction des objectifs qui y étaient énoncés, au moyen d'une vérification sociale. Les résultats de l'évaluation sont passés en revue dans la partie du présent chapitre qui porte sur la surveillance et l'évaluation.

B. Plan de santé stratégique

S'inspirant des grandes orientations sociales fixées dans le Plan social stratégique et conscient de la nécessité d'apporter des changements au réseau provincial

⁽⁹³⁾ *Ibid.*

de services de santé et communautaires, le gouvernement a organisé des forums régionaux dans le cadre de consultations menées à l'automne 2001. Se fondant sur les commentaires recueillis au cours de ces consultations, il a inscrit trois objectifs dans un plan de réforme visant à améliorer :

- la santé de la population de Terre-Neuve-et-Labrador;
- la capacité des collectivités à favoriser la santé et le mieux-être;
- la qualité, l'accessibilité et la durabilité des services de santé et communautaires.

Dans le document intitulé *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*⁽⁹⁴⁾, des objectifs et des stratégies liés à chaque objectif sont fixés, notamment l'élaboration d'une stratégie du mieux-être visant à accroître les comportements sains, le renforcement des partenariats communautaires axés sur la santé et le bien-être, et l'amélioration des soins de longue durée et des services de santé mentale. Des cibles de planification quinquennales ont été fixées pour chaque objectif.

C. Projet de charte de la santé

À la suite d'un engagement pris dans le discours du Trône en mars 2002, le gouvernement a mené des consultations publiques sur un projet de charte provinciale de la santé⁽⁹⁵⁾. Cette charte est censée avoir deux fonctions : veiller à ce que les résidents de la province sachent ce qu'ils peuvent attendre du réseau des services de santé et communautaires et définir les responsabilités des citoyens à l'égard de leur santé et de leur bien-être.

Dans le projet de charte, la santé était présentée comme étant l'affaire des individus, des familles et des collectivités⁽⁹⁶⁾. Selon le document, parmi les 14 points que

(94) Government of Newfoundland and Labrador, *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Health and Community Services, 2002, <http://www.health.gov.nl.ca/health-strategiehealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf>.

(95) Government of Newfoundland and Labrador, *Public consultations on Provincial Health Charter*, communiqué, 26 février 2003, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2003/health/0226n04.htm>.

(96) Government of Newfoundland and Labrador, *Building a Healthier Future: Development of a Health Charter for Newfoundland and Labrador*, document de discussion public, 26 février 2003, <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/HealthCharter2003.pdf>.

les résidents de la province pouvaient attendre du système de santé et de services communautaires certains portent sur d'autres déterminants, soient :

- un environnement propre et sûr qui favorise la santé et le bien-être;
- des politiques publiques tenant compte des incidences possibles sur la santé de la population;
- une formule de partenariat qui permet aux gens, aux familles et aux collectivités de prendre en charge leur santé et leur bien-être;
- des mesures collectives, par exemple la vaccination, qui offrent une protection contre les principaux risques pour la santé.

Le projet de charte n'a pas été poursuivi après les élections provinciales et le changement de gouvernement en novembre 2003.

D. Stratégie de réduction de la pauvreté

Après le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador était la deuxième province canadienne à s'attaquer à la pauvreté au moyen d'une stratégie exhaustive et intégrée. Dans le discours du Trône de 2005, le gouvernement provincial s'est engagé à faire de Terre-Neuve-et-Labrador, province qui compte le taux de pauvreté le plus élevé au Canada, la province qui comptera le taux le plus bas après dix ans, grâce à une stratégie globale de réduction de la pauvreté. Il fallait s'attaquer à la pauvreté – c'est-à-dire améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant dans la pauvreté – afin de bâtir une province en santé, solide et prospère⁽⁹⁷⁾.

Le gouvernement a demandé aux partenaires de se joindre à lui pour déterminer quels seraient les meilleurs moyens de réduire la pauvreté dans la province⁽⁹⁸⁾. Des centaines de personnes ont participé aux audiences qu'il a tenues et, en juin 2006, il a

⁽⁹⁷⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Human Resources, Labour and Employment, juin 2006, <http://www.hrlc.gov.nl.ca/hrlc/poverty/poverty-reduction-strategy.pdf>.

⁽⁹⁸⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty in Newfoundland and Labrador: Working Towards a Solution*, Department of Human Resources, Labour and Employment, juin 2005, <http://www.gov.nl.ca/publicat/povertydiscussion-final.pdf>.

publié le rapport *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*⁽⁹⁹⁾. Ce rapport traduit une vision selon laquelle « la pauvreté a été éliminée, [...] et tous les individus sont appréciés, peuvent se réaliser pleinement et ont accès aux mesures de soutien dont ils ont besoin pour se prévaloir des avantages socioéconomiques offerts par Terre-Neuve-et-Labrador »⁽¹⁰⁰⁾. S'appuyant sur les grandes orientations établies pour prévenir, réduire et alléger la pauvreté, le plan d'action renferme cinq buts à moyen terme, pour les quatre premières années : 1) améliorer la coordination des services offerts aux personnes à faible revenu et leur en faciliter l'accès; 2) renforcer le filet de sécurité sociale; 3) accroître les revenus; 4) mettre davantage l'accent sur le développement de la petite enfance; 5) élever le niveau d'instruction de la population. Chacun de ces buts est étayé d'objectifs à moyen terme qui feront l'objet d'une évaluation à la fin de la période de quatre ans. Les premières mesures adoptées pour la réalisation de ces buts procéderont d'une démarche multidimensionnelle et consisteront à :

- hausser les prestations d'aide sociale et d'invalidité et les indexer au coût de la vie;
- augmenter le salaire minimum;
- construire plus de logements abordables;
- supprimer les pénalités qui frappent les revenus des bénéficiaires de l'aide sociale;
- étendre le régime de médicaments sur ordonnance aux travailleurs à faible revenu;
- recourir à des mesures de soutien de l'emploi appropriées pour les jeunes, les personnes handicapées et les Autochtones;
- améliorer les mesures de soutien destinées aux groupes vulnérables dans le système juridique;
- mettre l'accent sur le développement de la petite enfance;
- réduire le décrochage scolaire;
- favoriser l'accès accru à l'éducation postsecondaire et à l'éducation des adultes⁽¹⁰¹⁾.

Dans le plan d'action, on reconnaît que la lutte contre la pauvreté nécessite l'apport des échelons supérieurs du gouvernement. À cette fin, un comité ministériel a été mis sur pied. En voici la composition : ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi et ministre responsable de la Société de logement de Terre-Neuve-et-du

⁽⁹⁹⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, *op. cit.*

⁽¹⁰⁰⁾ *Ibid.* [traduction]

⁽¹⁰¹⁾ Campagne 2000, *Pour améliorer le sort précaire des jeunes familles avec enfants*, 2007, <http://www.fallingfortunes.ca/portal//images/stories/raisingfallingfortunesfr.pdf>.

Labrador, de l'Agence des relations de travail, de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et des accidents du travail et des Affaires du Labrador (responsable); ministre responsable des Affaires autochtones; ministre de l'Éducation et ministre responsable de la Situation de la femme; ministre des Finances; ministre de la Santé et des Services communautaires; ministre de l'Innovation, du Commerce et du Développement rural et ministre responsable du Secrétariat rural; ministre de la Justice.

Le Comité ministériel est appuyé par le Comité des sous-ministres et par un groupe de travail interministériel. Des mécanismes déjà en place, notamment l'évaluation et la surveillance des programmes et la présentation des résultats dans les rapports annuels des ministères, servent en premier lieu à évaluer l'avancement du plan d'action; d'autres mécanismes seront adoptés au besoin. De plus :

- le ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi présentera chaque année un rapport d'étape à la Chambre de l'assemblée;
- tous les deux ans, il sera publié un rapport faisant état des progrès accomplis en fonction d'indicateurs et recommandant des moyens de combler les lacunes;
- les rapports annuels des ministères et d'autres outils de reddition de comptes feront état des résultats des initiatives ministérielles, incluant les mesures de coordination et d'intégration qui sont prises.

E. Plan provincial de mieux-être

En 2003, un conseil consultatif provincial sur le mieux-être a recommandé au ministre de la Santé et des Services communautaires d'adopter une stratégie provinciale du mieux-être. En 2006, se fondant sur ces recommandations et tablant sur les initiatives et les ressources existantes, le gouvernement a mis en œuvre le Plan de mieux-être de Terre-Neuve-et-Labrador⁽¹⁰²⁾, qui vise à améliorer la santé et le bien-être de la population. Doté d'un budget de 2,4 millions de dollars, ce plan représente le plus grand

⁽¹⁰²⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, étape I, 2006-2008, <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2006/wellness-document.pdf>.

investissement ponctuel jamais effectué dans la province pour la promotion de la santé⁽¹⁰³⁾.

Le Plan s'inscrit dans un certain nombre de stratégies directement liées à la vie saine et au mieux-être, dont la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains⁽¹⁰⁴⁾, qui sont mises en œuvre dans la province, dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada. Les messages contenus dans le Plan invitent les citoyens, les groupes et les collectivités à prendre soin de leur santé et de leur mieux-être en ayant une alimentation saine, en faisant de l'activité physique, en s'abstenant de fumer et en gérant le stress de manière positive. De cette façon, le Plan « vise à équilibrer le programme de santé et met l'accent non plus sur le traitement des maladies mais sur la promotion de modes de vie sains de même que sur le mieux-être »⁽¹⁰⁵⁾. L'étape I du Plan (2006-2008) porte sur les habitudes alimentaires saines, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et la prévention des blessures. L'étape II portera sur la promotion de la santé mentale, l'hygiène de l'environnement, le développement des enfants et des jeunes et la protection de la santé.

Dans le Plan, on insiste sur les comportements individuels, mais on reconnaît qu'un certain nombre d'initiatives, liées au secteur de la santé et à d'autres secteurs, ont une incidence sur le mieux-être⁽¹⁰⁶⁾. Le cercle de la santé – cadre de promotion de la santé⁽¹⁰⁷⁾ est un outil qui permet de tenir compte des effets des autres déterminants de la santé. Il regroupe les principaux éléments de promotion du mieux-être à l'intérieur d'une démarche globale; il tient compte de la santé de la population, des déterminants de la santé et des cinq méthodes de promotion de la santé prévues dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Le cercle de la santé a été choisi comme

(103) Eleanor Swanson, « Newfoundland and Labrador: Government Policy and Action », Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, deuxième édition, Toronto, Canadian Scholars Press Inc., 2007.

(104) Agence de la santé publique du Canada, *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

(105) Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, op. cit. [traduction]

(106) *Ibid.*

(107) *Ibid.*

balise pour la planification, l'exécution et l'évaluation des mesures, des initiatives et des programmes liés aux priorités de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de mieux-être.

6.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Bien que chacune des initiatives susmentionnées possède ses propres mécanismes de surveillance et de production de rapports, les outils et les processus créés pour l'évaluation du Plan social stratégique revêtent un intérêt particulier en raison de la démarche multidimensionnelle adoptée pour la collecte de données pertinentes et pour l'évaluation du changement à différents niveaux. Plus précisément, lorsque le Plan a été annoncé en 1998, le gouvernement s'est engagé à réaliser une vérification sociale en quatre temps afin de mesurer le progrès social dans la province cinq ans après la mise en œuvre du Plan. Terre-Neuve-et-Labrador est l'unique province à effectuer une vérification sociale⁽¹⁰⁸⁾.

- L'étape 1 de la vérification a porté sur les Comptes communautaires, lesquels fournissent un tableau socioéconomique en ligne des collectivités et des secteurs de compétence de la province, notamment au sujet des niveaux d'emploi, de la santé et de l'instruction (se reporter à la rubrique ci-dessous).
- L'étape 2 de la vérification était la compilation du rapport *From the Ground Up*⁽¹⁰⁹⁾, qui présente des données de référence concernant un large éventail d'indicateurs socioéconomiques qui servent de points de comparaison entre les secteurs et au fil du temps.
- Le rapport *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*⁽¹¹⁰⁾ consistait en une analyse des changements dans la façon dont le gouvernement s'y prend pour exécuter le Plan social stratégique.
- La dernière étape de la vérification sociale consistait à déterminer si les ressources étaient affectées en fonction du développement social à long terme de la province. Toutefois, comme le Secrétariat rural, établi en février 2004, est devenu responsable du Bureau du Plan social stratégique, on ignore si cette étape a été menée à bien.

⁽¹⁰⁸⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Report Acknowledges Shift in Government Thinking*, communiqué, 13 février 2004, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2004/exec/0213n03.htm>.

⁽¹⁰⁹⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *From the Ground Up*, 2 avril 2003, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/TOCfigu.asp>.

⁽¹¹⁰⁾ Jane Helleur & Associates Inc., *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*, 15 décembre 2003, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural-pdf/learningstudy-dec2003.pdf>.

Les étapes de la vérification sociale portant sur les Comptes communautaires et sur l'étude sur l'apprentissage sont décrites plus en détail ci-dessous.

A. Comptes communautaires

Les Comptes communautaires constituent un système d'information novateur qui procure en ligne, tout au même endroit, des données communautaires, régionales et provinciales provenant de différentes sources. Il s'agit du premier système d'échange et de consultation de données en ligne au Canada, dont l'accès est illimité et gratuit et qui permet la consultation ainsi que l'analyse de données jusqu'au niveau communautaire.

Comme le Plan social stratégique portait sur des questions recoupant plusieurs secteurs, il fallait établir un système d'information et d'évaluation procédant d'une démarche intégrée et fondée sur des données probantes pour l'élaboration de politiques et de programmes, grâce à la collaboration entre les ministères et entre les principaux secteurs socioéconomiques. Dans bien des cas, les décideurs ou les simples citoyens n'ont pas facilement accès aux données et aux indicateurs clés sociaux, économiques et relatifs à la santé dont ils ont besoin pour se faire une idée précise de la santé et du bien-être de la collectivité; le prix à payer pour les obtenir est souvent très élevé ou il faut passer beaucoup de temps à les recueillir manuellement ou par d'autres moyens. Les Comptes communautaires constituent une source unique, accessible et globale pour ce genre d'information.

Le système permet de créer des tableaux et des graphiques explicatifs personnalisés en fonction d'indicateurs socioéconomiques clés qui sont organisés par région géographique ou par thème à l'intérieur de dix comptes différents : dépenses domestiques, revenu, indicateurs sociaux, santé, marché du travail, production, données démographiques, études, ressources/richeesse et environnement. Un autre compte, le mieux-être, permet aux utilisateurs d'assembler des données provenant des domaines susmentionnés pour mieux comprendre les facteurs qui déterminent l'état et l'évolution

de leurs collectivités et régions⁽¹¹¹⁾. On peut obtenir des informations concernant 400 collectivités, 80 subdivisions de recensement (régions locales), 20 zones de développement économique et l'ensemble de la province. On peut également obtenir des données au niveau des régions du Secrétariat rural, des régions de la santé, des districts scolaires et des régions de Ressources humaines et Développement social Canada.

Les Comptes communautaires reposent sur un modèle conçu par Doug May, de l'Université Memorial, avec la collaboration du Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, et sont tenus par la Direction générale de l'économie et de la statistique du ministère des Finances, de concert avec d'autres ministères ainsi qu'avec des entreprises privées et des citoyens.

B. Étude sur l'apprentissage

Il était entendu que, pour atteindre les buts du Plan social stratégique, il fallait modifier en profondeur le mode de fonctionnement du gouvernement, susciter la création de partenariats avec les organismes communautaires et décentraliser la prestation de services de même que les modes de prestation. Cinq ans après le lancement du Plan social stratégique, les responsables de l'étude sur l'apprentissage ont tiré les conclusions suivantes :

- Les processus opérationnels ne sont pas modifiés aussi rapidement qu'on l'imaginait, surtout au sein des ministères, moins toutefois au sein des comités directeurs régionaux chargés du Plan social stratégique.
- Vu l'insuffisance des ressources allouées pour répondre aux besoins complexes des collectivités et des régions, il faudrait peut-être assurer une meilleure coordination des investissements entre les ministères provinciaux de même qu'entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et les municipalités.
- Les ministères doivent collaborer davantage pour qu'il soit plus facile d'effectuer des investissements conjoints fondés sur une planification opérationnelle intégrée, tant à l'échelon provincial qu'au niveau régional.
- Le gouvernement provincial a très bien su tirer profit des initiatives fédérales prévoyant des crédits ciblés pour la création de programmes et de services correspondant aux buts du Plan social stratégique. En fait, bon nombre des indicateurs de réussite relevés dans l'étude sur l'apprentissage étaient le résultat de fonds

⁽¹¹¹⁾ Community Accounts, *About Us*,
http://www.communityaccounts.ca/communityaccounts/onlineData/about_us.asp.

fédéraux. Il serait bon de chercher de nouvelles occasions de privilégier des initiatives interministérielles.

- Il faut renforcer la reddition de comptes pour que les ministères provinciaux épousent la vision, les valeurs et les buts du Plan social stratégique. Il faut communiquer clairement les attentes envers les ministères et exercer une surveillance étroite à cet égard. En outre, il faut mettre en place des systèmes de reconnaissance qui incitent à l'accomplissement de même qu'à l'utilisation de pratiques exemplaires.
- Les comités directeurs régionaux ont mis en œuvre des projets afin de réaliser rapidement des gains, mais il faut déployer davantage d'efforts pour résoudre des problèmes systémiques de développement socioéconomique dans les régions, conformément aux priorités régionales, en basant la planification sur des données sûres. Les ministères provinciaux doivent s'assurer qu'ils participent activement aux travaux et qu'ils les appuient.
- Les organismes communautaires, partenaires clés du Plan social stratégique, ont souscrit sans réserve à la vision, aux valeurs et aux buts du Plan. Ils souhaitaient toutefois qu'on fasse davantage appel à eux au cours de la mise en œuvre et ils avaient besoin de plus de soutien financier pour offrir des programmes qui répondent aux besoins des clients de la collectivité.

7.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- On n'a pas mis en œuvre de stratégies globales en matière de santé de la population en Nouvelle-Écosse, mais on prend actuellement des mesures en ce sens : renforcement de la fonction de santé publique, adoption de mesures de collaboration intersectorielle et création d'un vaste système de collecte de données.
- Les organismes provinciaux responsables de la santé publique et de la santé de la population ont connu une évolution progressive depuis 2002, et le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (MPPS) a été créé en 2006.
- Une démarche concertée et intersectorielle pour l'élaboration des politiques et la planification des programmes est le moyen privilégié par le MPPS pour faire avancer les dossiers qui exigent la collaboration des citoyens, des organismes, des secteurs et des ministères.
- Une étude externe réalisée en 2006 montrait qu'il fallait élargir les dispositions législatives provinciales concernant la santé publique pour tenir compte des fonctions générales reliées à la santé publique, telles l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de l'état de santé, la promotion de la santé ainsi que la prévention des maladies et des blessures.
- Une évaluation des effets de l'approche axée sur la santé de la population, adoptée par les conseils de santé communautaires (CSC), a révélé que cette approche a permis de faciliter la consultation et la participation de la population en ce qui a trait aux responsabilités en matière de santé. Toutefois, l'absence d'un cadre provincial et l'écart entre l'approche locale orientée vers la santé de la population et l'approche régionale axée sur les soins actifs ont fait obstacle à la mise en œuvre des politiques sur la santé de la population.
- La Division des comptes communautaires de la Nouvelle-Écosse, qui fait partie du ministère des Finances, a été créée pour élaborer une base de données sur les collectivités de la province. Cette base, qui est une adaptation des Comptes communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, fournit des statistiques sur divers déterminants de la santé, dont le revenu, les réseaux de soutien social, les conditions de travail et les milieux physiques. Elle peut servir au suivi des indicateurs de la santé de la population et à la surveillance des politiques et des programmes qui ont une incidence sur la santé de la population.

7.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Les organismes provinciaux de la Nouvelle-Écosse voués à la santé publique et à la santé de la population ont évolué progressivement ces dernières années. À la suite de la parution en 1994 du *Blueprint for Health System Reform*, le ministère de la Santé a confié un rôle important dans l'élaboration des politiques aux régies régionales de la santé et aux neuf régies de district de la santé (RDS) qui leur ont succédé en 2002. Ces RDS ont été chargées de régir, de planifier, d'administrer, de surveiller, d'évaluer et de fournir les soins actifs et les soins tertiaires, les services de santé mentale et les services aux toxicomanes dans leurs régions respectives.

Il incombe aussi aux RDS d'offrir des services de soutien en matière de planification aux 37 CSC dans chacune des régions. Les conseils de santé communautaires prennent le pouls de la population et consultent les résidents ainsi que les organismes afin d'établir un profil communautaire indiquant les lacunes et les forces de la région en ce qui a trait aux facteurs qui ont une incidence sur la santé, tels le revenu, le statut social, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi et le milieu physique⁽¹¹²⁾. Ce profil sert ensuite à définir les enjeux prioritaires qui influent sur la santé dans la collectivité concernée et à établir un plan annuel de santé communautaire axé sur les soins primaires et sur la promotion de la santé, dont les RDS doivent tenir compte dans l'élaboration de leurs plans annuels de services de santé.

Le ministère de la Promotion de la santé (MPS) de la Nouvelle-Écosse a été créé en 2002; il est issu de la fusion de la Commission des loisirs et du sport et de secteurs de la Direction de la santé de la population du ministère de la Santé. Ses champs d'activité sont la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures. En 2006, à l'issue d'un examen du système de santé public⁽¹¹³⁾, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a créé le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (MPPS), basé sur le MPS. Il regroupe le personnel de la santé publique ainsi que le Bureau du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit du tout premier

⁽¹¹²⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health, *Users' Guide to the Health Authorities Act*, révisé en juin 2002, p. 25, http://www.gov.ns.ca/health/downloads/ActUsers_guide.pdf.

⁽¹¹³⁾ Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, op. cit.

ministère de ce genre au Canada⁽¹¹⁴⁾. En raison de son mandat élargi, qui inclut la santé de la population, la réduction des disparités, les politiques publiques favorisant la santé, la prise de décisions fondées sur des données probantes et le renforcement des capacités communautaires, ce nouveau ministère cherche à contrer les facteurs de risque communs de maladies chroniques qui touchent sérieusement les Néo-Écossais et grèvent le système de santé de la province⁽¹¹⁵⁾. Toutefois, comme ces facteurs de risque sont souvent présents dans des secteurs qui ne relèvent pas directement du MPPS, la collaboration intersectorielle est essentielle. Pour faciliter la communication et la collaboration entre citoyens, organismes, secteurs et ministères, qui sont nécessaires pour régler des questions d'intérêt commun et mettre en œuvre des stratégies, le MPPS a conçu un mode de fonctionnement bien à lui. Voici des exemples de projets intersectoriels d'élaboration de politiques et de planification de programmes menés par le MPPS en collaboration avec d'autres intervenants :

- Politique de développement communautaire : le Ministère a participé à l'élaboration de la Politique de développement communautaire, appliquée dans plusieurs de ses centres de responsabilité.
- Plan vert de la Nouvelle-Écosse : le Ministère collabore étroitement avec ses partenaires, par exemple le ministère de l'Environnement et du Travail et des ONG, pour favoriser l'aménagement de sentiers de randonnée.
- Stratégie de vieillissement positif : le Ministère a été l'un des principaux partenaires du Secrétariat des aînés pour l'élaboration de la Stratégie de vieillissement positif. En ce qui concerne notamment la santé bucco-dentaire des personnes âgées, la prévention des chutes et des maladies chroniques ainsi que l'activité physique, le Ministère poursuit les actions concertées visant à réduire les facteurs de risque de maladies chroniques et de blessures chez les personnes âgées.
- Services communs d'hygiène de l'environnement : pour remplir leur mandat concernant la protection de l'environnement, les ministères de l'Agriculture, de l'Environnement et du Travail, de la Promotion et de la Protection de la santé, et des Pêches et de l'Aquaculture ont défini ensemble un cadre de décision commun afin de renforcer la protection de la salubrité de l'environnement.

(114) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, 2007-2008 *Business Plan*, 22 mars 2007, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

(115) Rick Manuel, « Nova Scotia: Government Policy and Action », Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Irving Rootman (dir.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, deuxième édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007; page d'accueil du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, <http://www.gov.ns.ca/hpp/>.

Une publication du MPPS intitulée *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia* présente quelques leçons importantes que des organismes de la Nouvelle-Écosse ont appliquées à leur approche axée sur la santé de la population :

- Le fait de disposer de différents points de vue sur un problème peut enrichir la solution. Une approche en matière de santé de la population donne donc de meilleurs résultats si elle fait intervenir beaucoup de personnes et d'organismes. Des mesures complexes permettant de s'attaquer aux causes profondes de la maladie et de créer des conditions qui favorisent la santé ont plus de chances de porter leurs fruits si les partenaires de nombreux secteurs unissent leurs efforts.
- Il est important de prévoir suffisamment de temps pour établir de véritables partenariats. La mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population nécessite la création d'occasions de rencontre pour que les gens puissent planifier et soutenir ensemble les activités de façon continue.
- Comme les interventions en amont (de la collectivité à la région, par exemple) nécessitent la réaffectation de ressources, il importe de faire appel aux décideurs pour la planification des stratégies de santé. Il est plus facile de modifier le mode d'affectation des ressources en faisant intervenir au début du processus ceux qui prennent les décisions concernant les ressources.
- La langue et la terminologie ne doivent pas faire obstacle à l'établissement de partenariats fructueux entre les secteurs. Parfois, ce que les gens dans le domaine de la santé appellent l'approche axée sur la santé de la population est désigné sous d'autres vocales (par exemple, développement économique communautaire) par les gens d'autres secteurs, d'éventuels partenaires importants, qui se préoccupent tout autant du rapport entre le revenu, l'état de santé et le bien-être des collectivités.
- Les compétences des membres de la collectivité constituent un élément essentiel de la planification et de la mise en œuvre des stratégies relatives à la santé de la population, qu'il s'agisse de la prestation de services, de l'exécution de programmes ou de l'élaboration de politiques publiques favorisant la création de milieux physiques et sociaux sains.
- Il importe d'évaluer les mesures touchant la santé de la population afin de réunir des données probantes au sujet des stratégies qui influent sur les déterminants de la santé⁽¹¹⁶⁾.

⁽¹¹⁶⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, sans date, <http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/Population%20Health%20Approach.pdf>.

La Nouvelle-Écosse a approuvé les objectifs de santé pour le Canada⁽¹¹⁷⁾ et le MPPS a indiqué qu'il tenait à les incorporer dans ses politiques et ses programmes. Jusqu'ici toutefois, il n'a pas indiqué si des cibles étaient définies et comment les progrès seront évalués.

Il est indiqué dans le rapport d'examen du système de santé public de 2006 qu'il faudra élargir le centre d'attention limité de la Loi sur la protection de la santé de 2004 afin qu'il englobe les autres fonctions de la santé publique (évaluation de la santé de la population, surveillance de la santé, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures) ainsi que les orientations et les obligations connexes. On recommande toutefois dans le rapport de repousser le remaniement de la Loi à une étape ultérieure du réaménagement du système, afin qu'on ait le temps de mettre à l'essai les diverses mesures recommandées dans le rapport pour orienter l'élaboration future d'une loi globale sur la santé publique⁽¹¹⁸⁾. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse convient que le processus de restructuration globale du système de santé public qui a été amorcé prendra du temps⁽¹¹⁹⁾.

En octobre 2007, le gouvernement a annoncé la tenue de consultations afin de recueillir l'avis de la population sur les meilleurs moyens d'enrayer la pauvreté dans la province. Ces consultations s'inscriront dans une stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté en Nouvelle-Écosse. L'initiative sera dirigée conjointement par le ministère des Services communautaires et par le ministère de l'Environnement et du Travail⁽¹²⁰⁾.

⁽¹¹⁷⁾ Agence de la santé publique du Canada, *Objectifs de santé pour le Canada*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html>.

⁽¹¹⁸⁾ Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, 2006, http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/07148_therenewalofphhmsreport_apr06_en.pdf.

⁽¹¹⁹⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, p. 5, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

⁽¹²⁰⁾ Government of Nova Scotia, Department of Community Services, *Government to Hold Poverty Reduction Consultations*, communiqué, 10 octobre 2007, <http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20071010003>.

7.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

À la suite de la régionalisation et de la création des RDS et des CSC, une étude a été effectuée pour déterminer dans quelle mesure l'approche axée sur la santé de la population avait influé sur l'élaboration de la politique sur la santé au niveau régional entre 1997 et 2001. On s'attendait à ce que les CCS tiennent compte des déterminants de la santé dans leurs plans annuels et dans leurs recommandations aux RDS. L'étude fait toutefois ressortir un manque d'encadrement et de cohérence dans l'élaboration des recommandations, ainsi qu'un manque de cohérence parmi les CSC et les RDS dans la façon d'incorporer les recommandations des CSC dans le plan d'activités des RDS. En outre, le manque de concordance entre les objectifs des CSC, qui mettent l'accent sur la promotion de la santé et sur la santé de la population, et la priorité accordée par les RDS aux soins primaires et actifs ainsi qu'aux services en milieu hospitalier, a mis en évidence l'absence de soutien à l'égard des approches relatives à la santé de la population dans les plans des RDS. L'étude recommandait la création d'un cadre provincial en matière de santé ainsi qu'une loi provinciale précisant que les plans de santé communautaire doivent être incorporés à la planification régionale afin de régler les problèmes relatifs à la santé de la population. Le processus de planification des CSC était toutefois considéré comme un bon moyen de faciliter la participation du milieu et de créer un sentiment d'engagement communautaire à l'échelon local afin d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé⁽¹²¹⁾.

Dans le cadre du réaménagement du secteur de la santé publique, le MPPS prévoit d'amorcer en 2007-2008 la création échelonnée sur plusieurs années d'un service chargé de favoriser la prise de décisions fondées sur la science et d'appuyer les programmes au moyen de ressources spécialisées dans divers domaines : évaluation de la santé de la population, surveillance des blessures et des maladies transmissibles et

⁽¹²¹⁾ Christopher Dawson, Thomas Rathwell, Cari Paterson et coll., *Determining the Impact of the Population Health Approach by Community Health Boards in Nova Scotia*, Dalhousie University School of Health Services Administration.

chroniques, évaluation des programmes et des politiques, épidémiologie et recherche. On s'attend à ce que ce service fournisse des éléments de preuve concernant la rentabilité de politiques et de programmes bien ciblés et exécutés avec efficacité⁽¹²²⁾.

Créée officiellement en janvier 2005, la Division des comptes communautaires de la Nouvelle-Écosse fait partie du ministère des Finances de la province. Elle est chargée d'élaborer l'infrastructure requise pour fournir des statistiques sur les collectivités de la Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'une adaptation du programme des comptes communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, lancé en 2002 à l'appui du Plan social stratégique⁽¹²³⁾.

La Division des comptes communautaires a pour but de faciliter la planification et l'évaluation des interventions en matière de politiques et de programmes. Pour ce qui concerne la recherche dans le domaine de la santé, la Division peut fournir de l'information sur divers déterminants de la santé comme le revenu, les réseaux de soutien social, les conditions de travail et les milieux physiques. Sa base de données est reliée à d'autres éléments du système de santé ainsi qu'à des secteurs et à des volets connexes du développement provincial et communautaire⁽¹²⁴⁾. Ce nouveau système peut être utilisé pour suivre de près les indicateurs de santé de la population et pour évaluer les politiques et les programmes qui ont une incidence sur la santé de la population.

⁽¹²²⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, p. 5, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

⁽¹²³⁾ <http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/aboutus.asp>.

⁽¹²⁴⁾ <http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/documents/NS%20community%20counts%20brochure.pdf>.

8.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- À la fin des années 1980 et au début des années 1990, des initiatives gouvernementales de haut niveau ont jeté les bases d'une approche axée sur la santé de la population, mais un changement de gouvernement et des compressions budgétaires ont empêché l'approche de se concrétiser.
- La création des réseaux locaux d'intégration des services de santé en 2006 a permis à certaines régions d'aborder la planification et la prestation des services sous l'angle de la santé de la population.
- Une série d'initiatives pour le développement et la garde des jeunes enfants, notamment les centres de la petite enfance, est partie du principe que le développement des jeunes enfants est un important déterminant de la santé.
- En Ontario, les principes fondamentaux de la santé de la population sont bien connus par les intervenants gouvernementaux, les organismes provinciaux de la santé et de nombreux fournisseurs de services de santé, mais ils ne se traduisent pas facilement par des changements fructueux de politique, de programme et de pratique.

8.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

En Ontario, la santé de la population est devenue une question d'intérêt public à la fin des années 1980 et au début des années 1990, en même temps qu'on devenait de plus en plus conscient des déterminants de la santé et de la nécessité d'investir dans les nombreux déterminants d'une manière souple et coordonnée qui transcende les secteurs et les champs de compétence. Malheureusement, cette période a été marquée par des compressions budgétaires et des efforts grandissants pour ralentir l'escalade des coûts de la santé.

Le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, créé en 1987, avait pour mandat de fixer les objectifs de santé pour l'Ontario, de guider

⁽¹²⁵⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *Adoption et mise en œuvre en Ontario d'un paradigme de la santé de la population*, rédigé par Bev Nicholoff pour le compte du Sous-comité, septembre 2007.

l'élaboration des politiques gouvernementales sur la santé et d'axer les politiques davantage sur la promotion de la santé et la prévention des maladies que sur les soins de santé⁽¹²⁶⁾. Présidé par le premier ministre, auquel se sont joints sept autres ministres, des médecins universitaires et des représentants de groupes d'intérêts, de l'entreprise privée, de syndicats et du secteur de la consommation, le Conseil a élaboré une vision de la santé et une série d'objectifs provinciaux pour faire accepter l'approche axée sur la santé de la population. Les objectifs de santé étaient les suivants : 1) privilégier dorénavant la promotion de la santé et la prévention des maladies; 2) avoir des familles et des collectivités fortes et solidaires; 3) instaurer un milieu physique sûr et de grande qualité; 4) faire en sorte que les Ontariens vivent plus longtemps en bonne santé en réduisant les maladies, les incapacités et les décès prématurés; 5) fournir des services de santé accessibles, abordables et appropriés pour tous. Il est ressorti que trois grands domaines nécessitaient des interventions aux fins de l'amélioration de la santé : le développement sain des enfants; l'adaptation au marché du travail; la politique environnementale⁽¹²⁷⁾.

La vision et les objectifs du Conseil, bien qu'entérinés par les trois partis politiques à l'Assemblée législative en 1991, ne se sont pas traduits par des changements concrets de politique ou par d'importantes réaffectations des ressources.

À la suite d'un changement de gouvernement en 1990, le Conseil s'est vu attribuer un mandat élargi, une nouvelle structure et un nouveau nom, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale. Le nouveau Conseil était chargé de fournir au gouvernement et au public des études et des avis sur les moyens de bâtir une société juste et en santé. Il a lancé une vaste campagne d'éducation publique pour vulgariser l'information sur les déterminants de la santé et pour amener les citoyens et les collectivités à avoir plus de prise sur les conditions qui influencent leur santé et leur bien-

⁽¹²⁶⁾ Ann Pederson et Louise Signal, « The Health Promotion Movement in Ontario: Mobilizing to Broaden the Definition of Health », Ann Pederson, Michel O'Neill et Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto, W.B. Saunders Canada, 1994.

⁽¹²⁷⁾ Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, Comité d'élaboration des politiques gouvernementales en faveur de la santé, *Prendre soin de la santé : document de travail sur les facteurs déterminants en matière de santé*, mars 1991.

être. En 1994, il a recommandé une politique, *La santé pour tous les Ontariens*, qui plaçait les déterminants de la santé au premier plan du programme politique gouvernemental. Il proposait principalement d'axer les ressources davantage sur la prévention des maladies que sur la guérison et le traitement et d'intégrer à tous les mémoires du Cabinet une évaluation des incidences sur la santé⁽¹²⁸⁾.

Une importante mesure prise par le Conseil a été l'établissement de priorités pour un groupe précis, les enfants et les jeunes, au cours de quatre périodes de transition dans leur développement. Pour chaque période, on a cerné les grands indicateurs du développement sain, les environnements visés et les principaux déterminants, qui ont ensuite servi à établir les priorités et à définir les stratégies nécessaires pour élever une génération d'enfants en santé.

Après un autre changement de gouvernement en 1995, le Conseil a été démantelé, et aucun ministère n'a été officiellement chargé de prendre les rênes des travaux sur la santé de la population.

Dans la foulée des travaux sur le développement de la petite enfance effectués par les conseils des premiers ministres, le gouvernement a, en 1998, demandé au D^r Fraser Mustard et à l'honorable Margaret McCain de lui présenter un rapport assorti de recommandations sur les meilleurs moyens, pour la province, d'exercer une influence favorable sur les jeunes enfants. Ce rapport, *Étude sur la petite enfance*, a mené à la fondation de 103 centres de la petite enfance qui offrent des programmes d'apprentissage et d'alphabétisation à l'intention des parents et des enfants; des programmes qui soutiennent les parents et les personnes responsables dans tous les aspects du développement des jeunes enfants; des programmes sur la grossesse et le rôle parental; des liens avec d'autres programmes locaux de développement de la petite enfance; des activités de sensibilisation pour encourager les parents à participer aux

⁽¹²⁸⁾ Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, *La santé pour tous les Ontariens : Dialogue provincial sur les facteurs déterminants de la santé*, 1995.

activités de leur centre local⁽¹²⁹⁾. Parmi les autres programmes mis au point dans les années suivantes pour améliorer la santé des enfants se trouvent Bébés en santé, enfants en santé, qui permet de vérifier si toutes les nouvelles mères reçoivent le soutien dont elles ont besoin pour assurer l'épanouissement de leurs enfants⁽¹³⁰⁾, et la Stratégie Meilleur départ, qui vise à augmenter le nombre de places agréées dans les services de garde, à améliorer l'accès aux subventions, à attirer et à garder des éducateurs qualifiés et à mettre en place d'autres mécanismes de soutien pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants⁽¹³¹⁾.

En 2005, le gouvernement a créé le ministère de la Promotion de la santé afin d'instaurer une culture de la santé et du bien-être propre à réduire le fardeau imposé au système provincial de santé. Les programmes et les politiques du ministère favorisent la prévention des maladies chroniques, la promotion de la santé et les programmes de sports et de loisirs en vue d'améliorer les résultats à long terme en matière de santé⁽¹³²⁾. Pour ce faire, le ministère collabore avec les collectivités, avec ses partenaires de tous les niveaux de l'administration gouvernementale et avec le secteur privé pour orienter l'élaboration des politiques, la conception des programmes et la prestation des services.

Le *Comité interministériel sur la vie saine* illustre l'approche intersectorielle du gouvernement de l'Ontario. Dirigé par le ministre de la Promotion de la santé, le Comité se compose des ministres de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales; des Services à l'enfance et à la jeunesse; des Services sociaux et communautaires; de l'Éducation; de l'Environnement; de la Santé et des Soins de longue durée; du Travail; des Affaires municipales et du Logement. Son mandat est le suivant :

- 1) traiter des questions complexes qui ont une incidence sur la santé et le bien-être et

(129) Gouvernement de l'Ontario, *Qu'est-ce qu'un centre de la petite enfance?*, <http://www.ontarioearlyyears.ca/oeyc/fr/Questions/Whats.htm>.

(130) Pegeen Walsh, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Témoignages*, 6 février 2008.

(131) Ontario, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, *Le gouvernement McGuinty étend la Stratégie Meilleur départ destinée aux enfants*, communiqué, <http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/07/28/c5313.html?lmatch=&lang=f.html>.

(132) Ontario, ministère de la Promotion de la santé, *Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats 2007-2008*, <http://www.mhp.gov.on.ca/french/resultsplan/BriefingBook2007-final-f.pdf>.

trouver des pistes de solution; 2) cerner les occasions et les moyens d'accroître la promotion de la santé dans divers contextes (par exemple, centres récréatifs, garderies, écoles, milieux de travail); 3) déterminer les moyens d'obtenir des ressources par l'établissement de partenariats avec le secteur privé. Les experts sont d'avis que la création du Comité représente un progrès décisif attendu depuis longtemps et permettra de coordonner les politiques sur la santé de la population et la santé personnelle.

Par ailleurs, le ministère de la Promotion de la santé participe à un projet de recherche pangouvernemental sur les disparités persistantes dans la santé de segments de la population. L'Initiative de recherche stratégique sur l'équité dans les services de santé et les services à la personne, qui est pilotée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, reconnaît que les moyens de réduire les disparités en matière de santé se trouvent principalement dans d'autres secteurs : le logement, l'éducation, les services à l'enfance et à la jeunesse, la participation au marché du travail, l'immigration, l'établissement et les services correctionnels. L'Initiative cherche à jeter les bases d'un mécanisme horizontal viable qui servira à élaborer et à mettre en œuvre une politique sur la santé et les services à la personne et à déterminer les outils pouvant orienter la décision des ministères d'investir dans les programmes de ce secteur⁽¹³³⁾.

En 2006, le gouvernement a créé 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé régionaux, y compris les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les soins à domicile, les soins de longue durée et les services de santé mentale⁽¹³⁴⁾. Les réseaux locaux envisagent leur travail sous l'angle de la santé de la population et utilisent les profils de santé de la population produits par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui donnent des renseignements sur les indicateurs de la santé, l'utilisation des services de santé, la part du marché qu'ils occupent et les déterminants

(133) Pegeen Walsh, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Témoignages*, 6 février 2008, et mémoire présenté au Sous-comité.

(134) Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, juin 2006, <http://www.blogs.healthnexusante.ca/?p=152>.

sociodémographiques de la santé. Au moins un réseau local, celui du Centre-Toronto, a adopté une approche axée sur la santé de la population pour planifier la façon d'intégrer ses services⁽¹³⁵⁾. Le réseau local de la région de Champlain aborde la prévention des maladies chroniques sous l'angle de la santé de la population, mais trouve difficile de puiser dans les ressources des services de santé pour les réaffecter au profit des grands déterminants⁽¹³⁶⁾.

En septembre 2007, le gouvernement provincial a établi le Modèle d'allocation fondée sur la santé pour affecter des fonds aux réseaux locaux d'intégration. Ce modèle aidera à calculer la part de budget nécessaire d'après une évaluation directe de l'état de santé et des facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe, la condition socioéconomique, le milieu rural et le nombre de patients traités.

8.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé peuvent établir des plans et des partenariats dans l'optique de la santé de la population, mais les réseaux qui, pour ce faire, veulent assurer le suivi de divers indicateurs socioéconomiques ont besoin de données fiables et à jour, ce qui représente un défi⁽¹³⁷⁾. Les données sont rares, comme l'est la capacité à les analyser et à les interpréter pour faciliter la planification régionale et infrarégionale⁽¹³⁸⁾.

Au moins deux organismes non gouvernementaux sont dignes de mention pour l'information qu'ils fournissent sur la santé de la population en Ontario. L'Institut de recherche sur le travail et la santé contribue pour beaucoup à faire progresser les connaissances sur les effets du travail en tant que déterminant de la santé, par exemple les

⁽¹³⁵⁾ Laura Pisko-Bezruchko, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³⁶⁾ Dr Andrew Pipe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³⁷⁾ Laura Pisko-Bezruchko, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³⁸⁾ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, juin 2006, <http://www.blogs.healthnexusante.ca/?p=152>.

causes des incapacités liées au travail, les formules optimales de retour au travail et la pertinence et l'équité des prestations de sécurité du revenu au Canada. Par ailleurs, le Centre ontarien d'information en prévention a actuellement pour priorité de démontrer l'importance et la rentabilité des stratégies de prévention et de promotion de la santé, principalement dans les domaines du développement de la petite enfance, de la prévention des maladies chroniques et de l'intégration sociale. En 2007, il a publié *Prêts pour l'action*, ressource conçue pour offrir des pistes d'action aux praticiens qui s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé⁽¹³⁹⁾.

⁽¹³⁹⁾ Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario, Centre ontarien d'information en prévention et Société canadienne du cancer, *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, mars 2007, <http://www.ocdpà.on.ca/docs/PrimertoAction-FR.pdf>.

9.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 1993, l'Île-du-Prince-Édouard s'est dotée d'une politique sur la santé de la population, qu'elle a intégrée dans sa Loi sur les services de santé et les services communautaires. Cette loi fait état des mécanismes de mise en œuvre de la politique, à savoir la gouvernance régionale et le financement global.
- En adoptant cette loi, l'Île-du-Prince-Édouard devenait l'une des premières provinces canadiennes à transférer des ressources dans le but d'agir sur les déterminants de la santé.
- L'intégration d'un vaste éventail de services sociaux, communautaires et de santé et la coordination de ces services par des régies régionales visaient à accroître l'efficacité, à mettre au premier plan l'ensemble des facteurs déterminants de la santé et à faire participer davantage les collectivités à la planification et à la prestation des services afin de répondre aux besoins locaux.
- La collaboration intersectorielle et la réaffectation des ressources se sont avérées une entreprise de longue haleine échelonnée en plusieurs étapes. L'établissement de partenariats, l'intégration et les transferts de ressources s'opèrent lentement.
- Les obstacles à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population se sont révélés tant structurels que systémiques : la perception du public, les conventions collectives, les querelles de territoire dans le domaine des soins de santé, la réduction des niveaux de financement et les multiples changements organisationnels.

9.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

À l'Île-du-Prince-Édouard, le travail d'élaboration et de mise en œuvre de la politique sur la santé de la population a débuté en 1991 lorsque le gouvernement de la province a créé un groupe de travail chargé d'examiner l'avenir des services sociaux, communautaires et de santé. À cette époque, le système de santé et bon nombre de services sociaux et communautaires étaient administrés à l'échelle de la province par des ministères, des organismes et des conseils, dans un contexte où l'on se préoccupait de la hausse des coûts, de l'utilisation accrue des services, de la capacité de répondre aux besoins de la population et de la participation insuffisante des collectivités à la prise de décisions.

Dans son rapport de 1992, intitulé *Health Reform: A Vision for Change*, le groupe de travail a conclu qu'il n'y avait pas de politique publique favorable à la santé à l'Île-du-Prince-Édouard et que le travail d'élaboration était peu coordonné avec d'autres secteurs gouvernementaux, tels que l'éducation, les services à la jeunesse et l'environnement. Il a recommandé une nouvelle vision axée sur la santé de la population, privilégiant la promotion du mieux-être, la planification fondée sur les besoins, les services communautaires et la participation des localités à la planification et à la prestation d'un ensemble intégré de services sociaux et de santé. Il a également recommandé la création d'un conseil provincial chargé de définir les objectifs et les politiques en matière de santé et de favoriser des orientations publiques favorables à la santé dans tous les secteurs gouvernementaux⁽¹⁴⁰⁾.

Le gouvernement a réagi de manière positive en constituant une équipe de transition chargée d'établir un plan de mise en œuvre des recommandations du groupe de travail. Dans le document *Partnerships for Better Health* rendu public en 1993, l'équipe de transition a résolument constaté qu'il fallait aborder le vaste éventail des déterminants de la santé sous l'angle de la santé de la population. Elle a mis en lumière l'importance de la promotion de la santé et souligné que les soins primaires devaient reposer en partie sur l'intégration du développement social et économique et du secteur de la santé. Elle a recommandé la régionalisation des services sociaux et de santé, la création d'un centre de ressources pour la promotion de la santé, la préparation et la tenue d'une évaluation des besoins des collectivités par les nouvelles régies régionales ainsi que la mise sur pied d'un projet pilote de centres de santé communautaires⁽¹⁴¹⁾.

La même année, l'Assemblée législative a voté la Loi sur les services de santé et les services communautaires, qui décentralisait grandement la structure organisationnelle des services sociaux, communautaires et de santé de la province. Plus

⁽¹⁴⁰⁾ Task Force on Health, *Health Reform: A Vision for Change*, PEI Cabinet Committee on Government Reform, Government of Prince Edward Island, mars 1992.

⁽¹⁴¹⁾ Health Transition Team, *Partnerships for Better Health*, Government of Prince Edward Island, juin 1993.

précisément, cette loi créait cinq régies régionales chargées d'évaluer les besoins en santé de la population, de définir les priorités, d'allouer les fonds, de retenir des fournisseurs de services et d'administrer et de fournir de nombreux services sociaux et de santé : services hospitaliers, services à domicile, services de santé mentale, de santé publique, d'aide aux toxicomanes, d'aide à l'enfance, de sécurité du revenu, de logement social, de création d'emplois, d'amélioration de l'emploi, services sociaux pour les aînés, services de développement communautaire, services correctionnels et de probation, entre autres (à l'exclusion des médicaments sur ordonnance, des services médicaux et de l'éducation). La Loi prévoyait aussi l'allocation d'un budget global à chacune des régies régionales⁽¹⁴²⁾. Ce financement global visait à donner aux décideurs régionaux la latitude voulue pour agir sur les grands déterminants de la santé en gérant les programmes et en répartissant les ressources de manière à répondre aux besoins locaux. Aucune autre province canadienne n'a décentralisé des pouvoirs pour un aussi vaste éventail de services sociaux et de santé⁽¹⁴³⁾.

La Loi créait aussi deux nouveaux organismes centraux : le Health Policy Council, dont le mandat était de fixer les grands objectifs de santé et de conseiller le ministre, et le Health and Community Services Agency, chargé de définir les services essentiels que les régions auraient à offrir, d'établir les budgets régionaux et les politiques de ressources humaines et de fournir aux régies régionales un soutien pour l'élaboration des programmes.

En 1994, le Health Policy Council a rendu publics cinq grands objectifs destinés à faire l'objet d'un vaste débat :

1. Une meilleure compréhension de la santé fondée sur les déterminants de la santé, une plus grande importance étant accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.
2. Des personnes, des familles et des collectivités en santé – créer des familles et des collectivités fortes et solidaires.
3. Un environnement sain – maintenir et favoriser des milieux physiques sains et sûrs.

⁽¹⁴²⁾ Prince Edward Island, *Health and Community Services Act*, sanctionnée en 1993 et abrogée en 2005.

⁽¹⁴³⁾ Jonathan Lomas, John Woods et Gerry Veenstra, « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: 1. An Introduction to the Issues », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, numéro 3, février 1997, p. 371 à 377, <http://www.cmaj.ca/content/vol156/issue3/>.

4. Des services communautaires et de santé de qualité – fournir des services de santé appropriés, accessibles et viables et assurer une gestion équitable et judicieuse des ressources.
5. Une politique gouvernementale favorable à la santé – les politiques sociales, économiques, culturelles et environnementales exercent une profonde influence sur la santé. D'autres secteurs d'intérêt public doivent effectuer des évaluations des incidences sur la santé⁽¹⁴⁴⁾.

En 1995, le Health and Community Services Agency a rendu public son plan stratégique, qui énonçait les quatre objectifs suivants :

1. Renforcer les familles, les personnes et les collectivités en mettant l'accent sur le développement de la petite enfance, le contrôle des maladies transmissibles et les groupes à risque.
2. Fournir divers services de santé intégrés, axés sur les besoins, accessibles et abordables qui mettent en relief les grands déterminants de la santé.
3. Assurer le perfectionnement des ressources humaines au sein du système de santé et tirer le meilleur parti possible des fournisseurs de services.
4. Accroître l'efficacité et l'efficacité des soins de santé⁽¹⁴⁵⁾.

En 1997, le Health Policy Council a été supprimé et le Health and Community Services Agency a été fusionné avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour que les décideurs régionaux puissent rendre directement des comptes au ministre. On a retiré aux régies régionales la responsabilité des services correctionnels et de probation, mais on a continué d'allouer à chaque régie une enveloppe budgétaire globale pour les soins actifs, les soins à domicile, les soins prolongés, les soins de longue durée, le logement social, les services sociaux, les services d'aide aux toxicomanes, la protection de l'enfance, l'amélioration de l'emploi et la sécurité du revenu.

En 2001, le gouvernement a publié un document intitulé *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System*. Ce plan stratégique tenait compte de l'ensemble des déterminants de la santé, mais il mettait surtout l'accent sur

⁽¹⁴⁴⁾ Health Policy Council, *Draft Health Goals for Prince Edward Islanders*, Government of Prince Edward Island, document de discussion, décembre 1994.

⁽¹⁴⁵⁾ Health and Community Services Agency, *Health and Community Services System – Provincial Plan*, Government of Prince Edward Island, juin 1995.

l'offre et la demande de soins, la responsabilité individuelle en matière de santé et la confiance du public dans le système. Il proposait six nouveaux objectifs :

1. Améliorer l'état de santé de la population.
2. Accroître la responsabilité personnelle en matière de santé.
3. Améliorer la viabilité du système.
4. Accroître la confiance du public dans le système.
5. Accroître le mieux-être au travail et le moral des employés.
6. Maintenir les autres résultats aux niveaux actuels.

Le Plan stratégique recensait divers indicateurs de l'état de santé en fonction desquels on mesurerait et communiquerait régulièrement les progrès accomplis vers la réalisation de chaque objectif⁽¹⁴⁶⁾. Le premier rapport a été rendu public en janvier 2003, le deuxième en décembre 2004 et le plus récent en octobre 2006⁽¹⁴⁷⁾.

Le Plan stratégique faisait aussi état de plusieurs initiatives axées sur le mieux-être, annonçait l'instauration d'une stratégie provinciale de développement de l'enfant et insistait sur une collaboration accrue au chapitre des déterminants de la santé avec les autres ministères et organismes, les collectivités, les ONG, les professionnels de la santé et le secteur privé. Les initiatives axées sur le mieux-être visaient la prévention des maladies, la promotion d'habitudes de vie saines, le mieux-être des aînés, une politique gouvernementale favorable à la santé, la reconnaissance des mesures de mieux-être pour le public et les employés et le soutien des familles à faible revenu. Le Plan indiquait que d'autres stratégies seraient nécessaires pour réduire les disparités en matière de santé.

En 2002, le gouvernement de la province a déchargé les régies régionales de la responsabilité des soins hospitaliers et des services d'aide aux toxicomanes afin de les confier à la nouvelle régie provinciale des services de santé. En 2005, il a annoncé une importante réorganisation du système de services sociaux et de santé qui a mis fin à l'approche régionale établie pour les politiques et les programmes sur la santé de la

⁽¹⁴⁶⁾ Department of Health and Social Services, *Pathways to Wellness and Sustainability – Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System, 2001-2005*, Prince Edward Island Government, décembre 2001, <http://princeedwardisland.com/publications/getpublication.php3?number=711>.

⁽¹⁴⁷⁾ Department of Health, *Prince Edward Island Health Indicators*, Prince Edward Island Government, octobre 2006, <http://www.gov.pe.ca/publications/getpublication.php3?number=1355>.

population. Les régies régionales et la régie provinciale ont été regroupées en une seule organisation relevant du ministère de la Santé. Des conseils d'hôpitaux communautaires ont été mis en place et investis d'un mandat de supervision, de gestion et de planification de ces hôpitaux. Par ailleurs, un ministère distinct des Services sociaux et des Aînés a vu le jour pour s'occuper des services à l'enfance, des services sociaux et des besoins spéciaux des aînés. Cette réorganisation, selon le gouvernement, produirait une économie annuelle de neuf millions de dollars grâce à la réduction des chevauchements, des doublages et des services administratifs⁽¹⁴⁸⁾. Elle a permis l'adoption de nouveaux mécanismes d'exécution des programmes et d'attribution des ressources qui, dans une certaine mesure, ont nui à la capacité de la province d'accorder une place centrale aux déterminants de la santé.

Le ministère de la Santé collabore actuellement avec les intervenants pour promouvoir la santé et prévenir les maladies au moyen de plusieurs approches intersectorielles conjointes axées sur certains déterminants de la santé. Ce sont notamment la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain (lancée en 2003), la Stratégie de lutte contre le cancer (établie en 2004) et la Stratégie visant le développement sain de l'enfant (mise en œuvre en collaboration avec le ministère des Services sociaux et des Aînés)⁽¹⁴⁹⁾.

⁽¹⁴⁸⁾ Government of Prince Edward Island, *Provincial Budget – Backgrounders: Health and Social Services*, avril 2005, <http://www.gov.pe.ca/budget/2005/backgrounders/health/index.php>.

⁽¹⁴⁹⁾ Ministry of Health, *Annual Report for the Year Ending March 31, 2006*, Government of Prince Edward Island, 2006.

9.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

La Loi sur les services de santé et les services communautaires ne prévoyait pas de mécanisme de surveillance et d'évaluation, mais trois études ont permis d'évaluer les changements apportés et leurs effets. Une entente de contribution conclue entre le gouvernement fédéral (Santé Canada) et la province (ministère de la Santé et des Services sociaux) a mené à la création, au sein du ministère provincial, d'un groupe restreint chargé du Projet d'évaluation des systèmes. Entre 1997 et 1999, le groupe a élaboré des protocoles et des lignes directrices pour faciliter l'évaluation de la réaffectation intersectorielle des ressources découlant de la réforme de 1993. Il a également produit un résumé de ses travaux⁽¹⁵⁰⁾⁽¹⁵¹⁾. Une autre étude a été financée conjointement par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le McMaster Institute of Environment and Health et le ministère de la Santé et des Services sociaux de la province⁽¹⁵²⁾. Plus récemment, un troisième groupe de chercheurs canadiens a fait connaître ses conclusions au sujet des efforts de mise en œuvre de la politique sur la santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard de 1993 à 2001⁽¹⁵³⁾. Voici un résumé des informations recueillies :

- Les objectifs de la réforme étaient clairs : mettre l'accent sur les déterminants non médicaux de la santé plutôt que sur les soins de santé. Au sein du système de santé,

⁽¹⁵⁰⁾ Le Projet d'évaluation des systèmes a produit huit rapports : *A Guide to System Evaluation: Assessing the Health and Social Services System in PEI* (1997); *A Conceptual Framework for Cross-Sectoral Reallocation of Resources for Health* (1998); *Data Collection Instruments for Evaluating Health and Social Service Systems* (1998); *Decision Support Tools for Cross-Sectoral Investments in Population Health in the Context of Health System Change* (1998); *Facilitating Staff Involvement in the Shift to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Preparing for Media Communications about Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Scan and Plan: Meeting and Managing Potential Challenges to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); et *Summary of Results* (1999).

⁽¹⁵¹⁾ En 1999, le gouvernement de la province a décidé qu'il était temps de passer à l'action au lieu de réaliser d'autres études. Le Projet d'évaluation des systèmes a donc été réorganisé et son personnel a été affecté à d'autres fonctions d'évaluation.

⁽¹⁵²⁾ John D. Eyles, Greg L. Stoddart, John N. Lavis, Tina Pranger, Laurie Molyneaux-Smith et Colin McMullan, *Vers une réaffectation des ressources à l'appui des grands déterminants de la santé : l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, janvier 2001, http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/eyles_report.pdf.

⁽¹⁵³⁾ Greg L. Stoddart, John D. Eyles, John N. Lavis et Paul C. Chaulk, « Reallocating Resources across Public Sectors to Improve Population Health », chapitre 12 de *Healthier Societies – From Analysis to Action*, 2006, p. 327-347.

on souhaitait aussi mettre l'accent sur les soins dans le milieu de vie plutôt que sur les soins en établissement.

- Si la santé de la population occupait une place privilégiée dans les objectifs, les documents sur la réforme faisaient état d'autres objectifs tout aussi importants, dont l'expansion des soins primaires, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience par la coordination et l'intégration des services, la planification fondée sur les besoins, une plus grande responsabilité individuelle en matière de santé ainsi qu'une participation plus grande des collectivités à la prise de décisions.
- Les décideurs des différents secteurs gouvernementaux qui ont pris part à la réforme ne partageaient pas le même avis sur l'importance des objectifs. Le Health Policy Council donnait la priorité aux déterminants de la santé alors que le Health and Community Services Agency mettait l'accent sur le développement communautaire, une intégration et une coordination accrues et la réduction du dédoublement des services. En raison des préoccupations financières du gouvernement, le ministère de la Santé et des Services sociaux soulignait pour sa part la nécessité de rendre la prestation des services de santé plus efficace et plus efficiente.
- À l'échelle régionale, la poursuite simultanée d'un aussi grand nombre d'objectifs a eu un double effet sur la réaffectation des ressources. La force du nombre obligeait les décideurs à disperser leur attention sur des objectifs souvent concurrents, et apparemment tous de la même importance. Qui plus est, le fait que certains objectifs (améliorer l'efficacité administrative, par exemple) soient plus faciles à atteindre que d'autres (la réaffectation notamment) explique probablement pourquoi les gestionnaires régionaux ont progressé plus lentement dans le cas de ces derniers.
- La régionalisation a nécessité la modification et la renégociation des conventions collectives et a entraîné un transfert des emplois des ministères et organismes centraux ou provinciaux vers les régions. Tout cela a pris énormément de temps.
- La réaffectation des ressources nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est un processus de longue haleine qui peut uniquement se réaliser par un engagement à long terme. La période prévue pour la réforme, soit de 1993 à 2001, n'était peut-être pas suffisante pour que les rajustements et les réaffectations nécessaires aient lieu ou produisent des effets appréciables sur la santé.
- En principe, le financement global a permis de transférer des ressources entre les différents secteurs ayant un lien avec la santé et a donné beaucoup de latitude pour réaffecter les ressources à l'échelle régionale. En pratique toutefois, trois facteurs ont limité la réaffectation. Premièrement, les fonds ont été attribués aux régies régionales en fonction surtout du financement antérieur et non d'une évaluation des besoins de chaque population régionale. Deuxièmement, les documents budgétaires du gouvernement ont continué à rendre compte du financement global par programme, ce qui dès le départ a causé une rigidité. Troisièmement, la réduction des paiements

de transfert fédéraux a entraîné un repli budgétaire du gouvernement de la province aussitôt après la mise en œuvre de la réforme, ce qui a réduit la marge de manœuvre dont disposaient les régions une fois les services essentiels fournis et a amoindri l'efficacité des régions dans la réaffectation des ressources.

- La gouvernance régionale a facilité dans une certaine mesure la réaffectation intersectorielle. Elle a contribué à l'établissement de partenariats, à l'intégration et à la coordination à l'intérieur des régions et a renforcé l'obligation de rendre des comptes à l'échelle communautaire. Elle a toutefois réduit la collaboration entre les régions.
- Bien que la réforme ait suscité une culture organisationnelle propice à la santé de la population, les régies régionales estimaient qu'il faudrait plus de temps et plus d'efforts de sensibilisation pour bien faire comprendre au public pourquoi des ressources pourraient être détournées du secteur des soins actifs, en particulier. Si le public a réagi comme il l'a fait à cette éventualité, c'est probablement parce qu'il est fermement convaincu de l'importance des soins de santé par rapport aux effets des déterminants sociaux et économiques. Il est essentiel d'amener le public à corriger cette perception fautive pour le faire adhérer à la réforme.
- Les intérêts des médecins, du personnel hospitalier et des autres fournisseurs de services ont aussi influé sur le rythme de la réforme. Certains fournisseurs de services – soins communautaires et services sociaux notamment – estimaient que la réforme était avantageuse pour eux ou leur secteur, mais la plupart des travailleurs du secteur principal, celui des soins en établissement, craignaient des pertes d'emplois ou des changements dans leurs conditions de travail. Dès le départ, ils ont énergiquement exprimé leur opposition.
- La réaffectation des ressources a donc été très difficile à opérer parce qu'il fallait tenir compte des enjeux politiques, de l'opinion publique, des conventions collectives, des changements dans les niveaux budgétaires et des querelles de territoire dans le secteur des soins de santé. Les gestionnaires régionaux ont trouvé extrêmement difficile d'apporter les changements majeurs nécessaires pour transférer des ressources au secteur de la prévention en amont. Les ressources qui ont pu être réaffectées étaient principalement du personnel, des locaux, du matériel et de l'information plutôt que des fonds.
- Une évaluation des mesures de réaffectation des ressources, de leurs effets et de la satisfaction des patients et de la clientèle aurait pu contribuer à faire accepter le concept.
- L'Île-du-Prince-Édouard a été un précurseur parmi les provinces et les territoires dans l'établissement de mécanismes de réaffectation des ressources en faveur de la santé de la population.

10.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le Québec a adopté une politique axée sur la santé de la population en 1992. Cette politique était innovatrice à l'époque, car elle associait tous les secteurs du gouvernement et de la société à une approche intersectorielle visant l'amélioration de la santé et la réduction des disparités en matière de santé.
- La politique de 1992 a été renouvelée et renforcée en 2001 par l'adoption de la *Loi sur la santé publique*, dont l'un des objectifs est de mettre en place une politique pangouvernementale axée sur la santé de la population. L'article 54 de la Loi, qui est reconnu internationalement pour son caractère novateur, confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population.
- L'article 54 oblige également les ministères et les organismes gouvernementaux à évaluer l'impact sur la santé des projets de loi et de règlement qu'ils élaborent. À cette fin, le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit un guide qui décrit les étapes à suivre pour effectuer les évaluations.
- La *Loi sur la santé publique* et le programme provincial de santé publique qui en découle habilitent le secteur de la santé à jouer un rôle dans la formulation des politiques. Le défi principal reste de convaincre les ministères dont les programmes influencent les déterminants non médicaux de la santé à participer à l'élaboration de politiques gouvernementales favorables à la santé.
- La politique sur la santé de la population du Québec met aussi en lumière la nécessité de réduire les inégalités de revenu. En 2002, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui a pour objet de réduire progressivement la pauvreté sur une période de dix ans. Pour ce qui est de l'objectif consistant à réduire les disparités en matière de santé, sa réalisation passe aussi par l'action intersectorielle.

10.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

L'élaboration d'une politique sur la santé de la population au Québec a été entreprise dans la foulée du mouvement international « Santé pour tous », lancé au début des années 1980 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. En 1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille a présenté au gouvernement *Objectif santé*, le rapport

de son Comité d'étude sur la promotion de la santé. Ce rapport dressait un bilan de la santé au Québec, examinait les principaux déterminants de la santé, formulait des objectifs de santé et de bien-être et proposait des moyens d'action axés sur la santé de la population⁽¹⁵⁴⁾. De même, dans un rapport déposé en 1988, la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux a proposé l'adoption de six grandes orientations, parmi lesquelles figurait une politique pangouvernementale sur la santé de la population, présentée comme « un corollaire indispensable d'une approche axée sur les résultats »⁽¹⁵⁵⁾.

-

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a réagi en adoptant en 1992 la *Politique de la santé et du bien-être*. Cette politique, résolument orientée vers la santé de la population, accordait une place importante aux déterminants non médicaux de la santé et indiquait clairement sa préoccupation au sujet des disparités en matière de santé et des inégalités de revenu au Québec. Perçue comme innovatrice à l'époque, elle était la première politique à associer tous les secteurs du gouvernement et de la société à une approche intersectorielle tendant vers un objectif commun. La Politique de la santé et du bien-être reposait sur trois constats : 1) la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu; 2) le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur le partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et la société dans son ensemble; 3) la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement sociétal. Les stratégies proposées visaient : 1) le renforcement du potentiel de chaque individu; 2) le soutien aux milieux de vie et aux environnements sécuritaires; 3) l'amélioration des conditions de vie; 4) l'action pour et avec les groupes vulnérables; 5) l'harmonisation des politiques et des stratégies de l'ensemble des

⁽¹⁵⁴⁾ Comité d'étude sur la promotion de la santé, *Objectif santé*, Conseil des affaires sociales et de la famille, gouvernement du Québec, 1984.

⁽¹⁵⁵⁾ Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, *Rapport final*, gouvernement du Québec, 1988.

ministères à cet effet; 6) la réorientation du système de santé vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses⁽¹⁵⁶⁾.

En 1997, le MSSS a publié le document d'orientation *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, qui visait à mieux définir la contribution du secteur de la santé à l'atteinte des objectifs proposés dans la Politique de la santé et du bien-être. Outre un engagement accru dans la lutte contre les disparités en matière de santé et les inégalités de revenu⁽¹⁵⁷⁾, sept priorités ont été retenues : 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes; 2) les maladies évitables par l'immunisation; 3) le VIH-sida et les maladies sexuellement transmissibles; 4) le dépistage du cancer du sein; 5) le tabagisme; 6) les traumatismes non intentionnels et intentionnels; 7) l'alcoolisme et les toxicomanies.

Selon une évaluation réalisée au terme des dix années visées par la Politique de la santé et du bien-être(1992-2002), le secteur de la santé et l'ensemble de la société ont été encouragés à se doter d'une vision plus globale de la santé et de ses déterminants et à se concentrer sur des objectifs communs de santé et de bien-être. Cette évaluation a démontré que la politique avait réussi à mobiliser et à structurer l'action communautaire, maillon essentiel à l'approche fondée sur la santé de la population. Parmi les autres effets positifs de la politique, on mentionnait l'établissement d'indicateurs de la santé et du bien-être et un soutien financier accru à la recherche sur la santé de la population. Cependant, les auteurs du rapport d'évaluation ont noté le manque de participation flagrant des secteurs gouvernementaux autres que ceux de la santé et des services sociaux et déploré le peu de leadership exercé par le MSSS pour obtenir l'adhésion des autres ministères et des organismes gouvernementaux, ainsi que l'absence d'engagement formel du gouvernement dans son ensemble pour ce qui est d'exiger et de faciliter le soutien de tous ses ministères et de soutenir l'action intersectorielle. Enfin, ils

⁽¹⁵⁶⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 1992, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c_62b9f91171e5a894852568e1006fafd7?OpenDocument.

⁽¹⁵⁷⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, gouvernement du Québec, 1997, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf.

ont recommandé le renouvellement de la politique en privilégiant tout spécialement la participation active des secteurs dont les programmes ont des effets importants sur les déterminants non médicaux de la santé⁽¹⁵⁸⁾.

En 2001, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi sur la santé publique*, dont l'un des objectifs était de mettre en place une politique pangouvernementale sur la santé de la population⁽¹⁵⁹⁾. L'article 3 de la Loi, en particulier, fait explicitement état d'une approche axée sur la santé de la population, qui vise à « influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée ». De plus, l'article 54, qui est lui aussi reconnu internationalement pour son caractère novateur, fournit un levier important pour l'élaboration d'une politique pangouvernementale axée sur la santé de la population en obligeant l'ensemble des ministères à analyser l'impact sur la santé de leurs lois et règlements. Il confère également au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population⁽¹⁶⁰⁾. Par ailleurs, les articles 53, 55 et 56 confient aux autorités de santé publique provinciales, régionales et locales la responsabilité des déterminants de la santé en encourageant la collaboration intersectorielle⁽¹⁶¹⁾.

⁽¹⁵⁸⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*, gouvernement du Québec, 2004, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d-c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument>.

⁽¹⁵⁹⁾ Gouvernement du Québec, *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, 2001, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=S_2_2_S2_2.html.

⁽¹⁶⁰⁾ Article 54 de la *Loi sur la santé publique* : « Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. A ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. »

⁽¹⁶¹⁾ Louise St-Pierre et Lucie Richard, « Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes », chapitre 10, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives et critiques* (Les Presses de l'Université Laval, 2006), p. 183 à 204.

En réponse à la *Loi sur la santé publique*, le MSSS a lancé en 2002 son *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce programme proposait cinq stratégies : 1) renforcer le potentiel des individus; 2) soutenir le développement des collectivités; 3) participer aux actions intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être; 4) soutenir les groupes vulnérables; 5) encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces⁽¹⁶²⁾. Selon des experts, le programme est trop récent pour que l'on puisse évaluer les retombées de sa mise en œuvre, mais il laisse entrevoir un bon potentiel compte tenu des instruments législatifs mis en avant pour encourager la collaboration interministérielle dans l'élaboration de politiques qui améliorent la santé de la population⁽¹⁶³⁾.

10.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Si l'adoption de l'article 54 a été une étape importante vers l'élaboration de politiques favorables à la santé, sa mise en œuvre comporte des défis de taille, dont traite un guide d'évaluation de l'impact des différents projets de loi et de règlement sur la santé et le bien-être produit par le MSSS à l'intention des ministères et des organismes gouvernementaux⁽¹⁶⁴⁾. De plus, un processus intergouvernemental a été établi pour faciliter le déroulement des évaluations. Il comporte trois objectifs : 1) permettre aux ministères et aux organismes gouvernementaux d'apprécier l'impact sur la santé des projets de loi et de règlement lors de leur élaboration; 2) favoriser l'adoption de mesures

⁽¹⁶²⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, gouvernement du Québec, 2003, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/cf4a108863ca20ed8525680900713e29:e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>.

⁽¹⁶³⁾ Nicole F. Bernier, « Quebec's Approach to Population Health : An Overview of Policy Content and Organization », *Journal of Public Health Policy*, vol. 27, n° 1, 2006, p. 22 à 37.

⁽¹⁶⁴⁾ Ce guide comporte deux documents : 1) ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le dépistage – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, gouvernement du Québec; 2) ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le cadrage et l'évaluation préliminaire – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, gouvernement du Québec, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/organisa/LoisRegl.nsf/77b66363fd8d8cad85256714005bc2fa7c1ca76a4f0ac99085256b5d004dd0e9?OpenDocument>.

pouvant atténuer les effets négatifs des lois et des règlements sur la santé; 3) éclairer la prise de décisions des autorités gouvernementales⁽¹⁶⁵⁾.

La *Loi sur la santé publique* établit différents moyens de surveillance des changements dans l'état de santé de la population et de diffusion de l'information qui en découle, notamment dans des rapports provinciaux. Le premier de ces rapports, rendu public en 2005, fait le constat suivant : « Les principaux moyens intersectoriels susceptibles d'influencer les déterminants communs doivent viser les buts suivants : réduire la pauvreté et les inégalités, préserver l'environnement physique, appuyer le développement de communautés solidaires, soutenir l'adoption d'habitudes de vie saines et soutenir le développement des enfants et des jeunes⁽¹⁶⁶⁾. » Il ne précise toutefois pas comment l'approche intersectorielle doit être réalisée et structurée.

Pour faciliter l'application de l'article 54, le gouvernement a aussi mis sur pied un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Ce programme, sous l'égide du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, est le résultat d'un partenariat entre le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec, le Fonds de recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture⁽¹⁶⁷⁾.

Enfin, en 2007, le MSSS a publié *La santé, autrement dit...* à l'intention des ministères et organismes gouvernementaux ainsi que des organismes communautaires. C'est un outil qui vise à mieux faire connaître les déterminants de la

⁽¹⁶⁵⁾ Pour plus de renseignements à ce sujet, on peut consulter les deux documents suivants : 1) Jean Turgeon, *L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec*, communication présentée à l'École nationale de santé publique, Rennes (France), 17 mars 2005, <http://www.gepps.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.15.19.22>; 2) Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec : Huit études de cas – Résumés*, mai 2007, [http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas/vfresumes%20etudes%20de%20cas%20\(8\)_gepps_30mai2007.pdf](http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas/vfresumes%20etudes%20de%20cas%20(8)_gepps_30mai2007.pdf).

⁽¹⁶⁶⁾ Directeur national de la santé publique, *Produire la santé – Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 2005, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4bJ768b3f849519c5525681d0061480d90aa79a84053fb75852561da00665d91?OpenDocument>.

⁽¹⁶⁷⁾ Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, <http://www.gepps.enap.ca/fr/nouvelles.aspx?sortcode=1.15.22>.

santé et à orienter l'action en faveur de l'amélioration de la santé de la population. Il dresse un bref portrait des programmes et initiatives du gouvernement qui touchent huit grands déterminants de la santé : les habitudes de vie, l'éducation, le logement, le transport, l'aménagement urbain, l'environnement physique, l'environnement social et le revenu⁽¹⁶⁸⁾. Il résume bien l'effort du gouvernement du Québec pour mettre en œuvre une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population.

10.4 PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Dans la Politique de la santé et du bien-être de 1992, le MSSS s'était engagé à s'associer à des ministères et organismes préoccupés par la pauvreté et la dépendance sociale pour élaborer un plan d'action gouvernemental de réduction de la pauvreté qui vise en priorité les familles ayant de jeunes enfants. Entre 1993 et 2002, le MSSS, le ministère de la Sécurité du revenu et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ont mis sur pied différents comités chargés d'élaborer des orientations ministérielles pour réduire les inégalités de revenu et les disparités en matière de santé.

En réponse aux recommandations de ces comités, le gouvernement a présenté en 2002 la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui s'articule autour de cinq grands thèmes : 1) favoriser le développement du potentiel des individus; 2) renforcer le filet de sécurité sociale et économique; 3) favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail; 4) favoriser l'engagement de l'ensemble de la société; 5) assurer la constance et la cohérence de l'action à tous les niveaux⁽¹⁶⁹⁾.

⁽¹⁶⁸⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, gouvernement du Québec, 2007, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/1b143c75e0c27b69852566aa0064b01c:1a165acb041a1e7a852572db004c26f3?OpenDocument>.

⁽¹⁶⁹⁾ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – Énoncé de politique*, gouvernement du Québec, 2002, <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail,cr-saca sr&type=&page=2>.

La même année, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*⁽¹⁷⁰⁾, qui a pour objet d'amener progressivement (sur une période de dix ans) le Québec au nombre des nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres. Le gouvernement du Québec est ainsi devenu le deuxième au monde (après celui de la France) à assurer par une loi la constance et la cohérence des actions de lutte contre la pauvreté. L'article 12 de la Loi prévoit l'adoption d'un plan d'action précisant de quelle façon le gouvernement compte atteindre son objectif. Le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* a été rendu public en 2004⁽¹⁷¹⁾. Il comprend des mesures visant à améliorer le revenu des personnes et des familles à faible revenu, des investissements pour le logement social, des initiatives pour favoriser la sécurité alimentaire et d'autres mesures importantes pour les prestataires de l'assistance-emploi. Enfin, il contient des mesures pour adapter les actions à la réalité des Autochtones.

La Loi exige notamment que le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale présente un rapport annuel sur les activités réalisées dans le cadre du plan d'action gouvernemental. Le rapport de 2006, qui a été préparé par huit ministères et deux organismes gouvernementaux⁽¹⁷²⁾, ne donne pas d'indicateurs de la pauvreté qui puissent servir à évaluer le chemin parcouru depuis l'adoption de la Loi. Il souligne toutefois l'importance de l'approche intersectorielle et de la volonté de la société dans son ensemble d'atteindre l'objectif visé⁽¹⁷³⁾.

(170) Gouvernement du Québec, *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q., chapitre L-7, 2002, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html.

(171) Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, gouvernement du Québec, avril 2004, <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail.cr.saca.sr&type=&page=2>.

(172) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, ministère du Travail, ministère des Affaires municipales et des Régions, Société d'habitation du Québec et Secrétariat à la jeunesse.

(173) Gouvernement du Québec, *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009 : Bilan de la deuxième année*, 2006, <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail.cr.saca.sr&type=&page=1>.

11.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- De solides alliances orientées vers la recherche et le travail stratégique, comme le Partenariat de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population et le Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU), jouent un rôle important dans l'évolution des approches axées sur la santé de la population dans la province.
- La stratégie provinciale de promotion de la santé de la population, établie en 2004, exige que les régies régionales de la santé abordent quatre secteurs prioritaires sous l'angle de la santé de la population : le bien-être mental; l'accès à des aliments nutritifs; la réduction de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac; les collectivités actives.
- Les principaux mécanismes de collaboration intersectorielle sont le Forum d'intégration des services à la personne, au niveau des ministères provinciaux, et les comités intersectoriels régionaux, au niveau régional.

11.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

L'élaboration d'une politique sur la santé de la population en Saskatchewan a été façonnée par diverses initiatives clés qui remontent au début des années 1990, époque de la restructuration du secteur de la santé. Cette restructuration a débouché sur la création de 30 conseils de santé de district (fusionnés en 2002 pour devenir les régies régionales de la santé), chargés de planifier, de gérer, d'intégrer et d'offrir sur leur territoire un éventail de services de santé, notamment l'évaluation des besoins de la clientèle, l'évaluation et la gestion de cas, la prévention des maladies, les services à domicile et les soins hospitaliers. Une formule fondée sur les besoins a été implantée pour le financement des conseils de santé de district.

En 1994, au terme d'un processus exhaustif de consultation publique, le Conseil de la santé de la Saskatchewan a publié le document *Population Health Goals for*

⁽¹⁷⁴⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *L'expérience de la Saskatchewan en matière d'adoption et de mise en œuvre d'un nouveau modèle de santé de la population*, rédigé par Bev Nicholoff pour le compte du Sous-comité, novembre 2007.

Saskatchewan. Il mettait en relief toute la gamme des facteurs qui déterminent ou influencent la santé et encadrait l'amélioration de l'état de santé des individus et des collectivités de la Saskatchewan. Les objectifs étaient les suivants : 1) réévaluer les déterminants de la santé; 2) établir la justice et l'équité; 3) avoir des familles et des collectivités solidaires; 4) promouvoir un environnement physique sain; 5) promouvoir la santé; 6) partager les responsabilités⁽¹⁷⁵⁾.

Pour renforcer les approches axées sur la santé de la population, une alliance intersectorielle appelée le Partenariat de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population a vu le jour en 1996⁽¹⁷⁶⁾. Ce partenariat a coordonné l'élaboration d'un cadre conceptuel servant à orienter les régies régionales dans leur travail de promotion de la santé de la population (voir plus bas), a dirigé des projets de démonstration sur la prévention du diabète de type 2 à la lumière d'une stratégie de prévention axée sur la santé de la population et a organisé des cours d'été, des activités de formation et des études sur la promotion de la santé⁽¹⁷⁷⁾.

En 1999, le gouvernement a publié le document *Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, qui présentait des définitions, des principes et des stratégies pour la promotion de la santé de la population afin d'aider les régies régionales à comprendre leur rôle dans ce travail de promotion et

⁽¹⁷⁵⁾ Saskatchewan Provincial Health Council, *Population Health Goals for Saskatchewan*, octobre 1994. Un document de suivi, *Your Health, My Health, Our Health: Our Individual and Collective Responsibilities – A Discussion Paper on the Determinants of Health*, a été publié en 1996.

⁽¹⁷⁶⁾ Les partenaires initiaux étaient les suivants : Santé Canada; Direction de la santé de la population et Direction des Services de gestion des districts de Santé Saskatchewan; Prairie Region Health Promotion Research Centre; districts de santé provinciaux, par l'intermédiaire des représentants du Health Promotion Contacts Group; Saskatchewan Association of Health Organizations; Saskatchewan Public Health Association; Human Services Integration Forum; Métis Family and Community Justice Services; Federation of Saskatchewan Indian Nations; Saskatchewan Indian Federated College.

⁽¹⁷⁷⁾ Lewis Williams, « Health Promotion in Saskatchewan: Three Developing Approaches », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2^e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007; et Natalie Kishchuk, « Études de cas pour la mobilisation régionale de l'approche santé de la population », préparé pour les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2001, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/etudes_cas/index.html.

de donner des indications utiles sur les meilleurs moyens de collaborer avec d'autres secteurs⁽¹⁷⁸⁾.

En 2004 a paru le document *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*⁽¹⁷⁹⁾, qui présentait un cadre stratégique pour la promotion de la santé de la population aux niveaux local, régional et provincial et définissait quatre priorités à long terme : le bien-être mental; l'accès à des aliments nutritifs; la réduction de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac; les collectivités actives. Cette stratégie mettait en lumière la nécessité pour le secteur de la santé de travailler en collaboration avec d'autres secteurs, d'autres ministères et des intervenants de l'extérieur, afin d'apporter et de faciliter des changements qui amélioreraient la santé des citoyens et des collectivités. Tout en soulignant les questions à prendre en considération dans l'établissement d'une vision, d'un cadre et de priorités axés sur la santé de la population dans la province, la stratégie visait à soutenir d'autres initiatives gouvernementales clés, comme la réforme des soins de santé primaires et la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

Le gouvernement collabore avec les régies régionales pour appliquer des mesures de promotion de la santé de la population. Les régies de la Saskatchewan ont établi leurs propres stratégies fondées sur la stratégie provinciale, mais adaptées aux besoins, aux priorités et aux ressources de leur région; ces stratégies sont mises à jour annuellement. Par exemple, voici certaines activités des régies régionales qui appuient deux priorités de la stratégie, l'accès à des aliments nutritifs et les collectivités actives :

- Renforcement de la capacité de favoriser l'accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le calcul des coûts des aliments, la distribution de boîtes d'aliments sains, les cuisines collectives, le développement du leadership et l'établissement de chartes sur l'alimentation.
- Mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles saines dans les régions et les écoles, y compris la collecte de données de base en septembre 2006 pour surveiller les progrès.

(178) Saskatchewan Health, *A Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, 1999, <http://www.health.gov.sk.ca/health-promotion-framework>.

(179) Saskatchewan Health, *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*, 2004, <http://www.health.gov.sk.ca/phb-promotion-strategy>.

- Création de partenariats pour faciliter le travail des secteurs du sport et des loisirs.
- Réduction des obstacles à l'activité physique grâce à des changements dans les infrastructures, à la promotion du transport actif, à l'amélioration de l'accessibilité des installations et à des mesures de réduction des coûts.
- Efforts visant à accroître les taux d'allaitement maternel, y compris l'élaboration de politiques et l'établissement d'un indicateur de surveillance des progrès.

Bien que certains fonds soient versés aux régies en fonction des besoins, c'est surtout l'utilisation antérieure qui continue de dicter l'affectation des ressources, plutôt que la compréhension des besoins de chaque région en santé de la population. L'intégration des services médicaux et des services sociaux et éducatifs relève encore plus de la théorie que de la réalité. Toutefois, la province a un réseau de comités intersectoriels régionaux qui favorise la planification et l'établissement intégrés des services à la personne d'une manière compatible avec une approche axée sur la santé de la population.

Chacun des dix comités intersectoriels régionaux compte un coordonnateur qui l'aide à remplir son mandat et facilite le développement des capacités communautaires. Les comités se composent de représentants des ministères provinciaux et fédéraux, des districts de santé, des divisions scolaires, des collèges régionaux, du Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology, des régies du logement, de la police, des conseils tribaux, des organisations métisses et des organismes communautaires⁽¹⁸⁰⁾. Leur travail consiste à :

- appuyer les systèmes communautaires de planification des services à la personne;
- établir des stratégies de collecte des données et d'échange de renseignements, y compris des profils communautaires dans certaines régions;
- encourager la formation d'équipes d'intervention ou de groupes interorganismes pour s'attaquer aux dossiers des enfants, des jeunes et des familles vulnérables, et en particulier des jeunes enfants et des jeunes à risque;
- aider les groupes interorganismes communautaires en leur donnant des conseils en matière de planification, en finançant des projets et en facilitant les communications;
- coordonner l'examen local de divers projets financés, par exemple, par les subventions de prévention et de soutien, le fonds des initiatives communautaires, les sommes fédérales versées pour la santé de la population et la prévention du crime, etc.;

⁽¹⁸⁰⁾ Saskatchewan Ministry of Education, *Regional Intersectoral Committees*, <http://www.sasked.gov.sk.ca/hsr/ines.shtml>.

- favoriser la mise en œuvre d'une méthode intégrée de gestion de cas pour les personnes qui ont des besoins complexes;
- faciliter la participation des collectivités aux processus de consultation, par exemple pour l'étude sur la petite enfance, le Plan d'action national pour les enfants et l'initiative sur le rôle des écoles.

Au niveau provincial, les comités intersectoriels reçoivent l'appui du Forum des sous-ministres délégués et adjoints sur les services à la personne, qui a été créé à l'automne 1994 pour améliorer la coordination aux échelons supérieurs de l'administration gouvernementale et répondre à la demande croissante de services à la personne complets et intégrés. Le Forum a été restructuré en 1999 et renommé Forum d'intégration des services à la personne. Il a à sa tête un comité directeur qui représente les ministères suivants⁽¹⁸¹⁾ : Éducation; Justice; Santé; Services correctionnels et Sécurité publique; Ressources communautaires et Emploi; Culture, Jeunesse et Loisirs; Relations avec les Premières nations et les Métis; Conseil exécutif.

Le Forum poursuit les objectifs suivants : établir et préserver des mécanismes servant à promouvoir et à faciliter la collaboration entre organismes, la planification intégrée et la prestation des services; repérer et affronter les obstacles; fournir des fonds et un soutien en matière de politiques; offrir un soutien à l'éducation aux fournisseurs de services à la personne; faire un usage efficient et efficace des ressources. Ses priorités touchant l'élaboration de politiques et de programmes visent le développement de la petite enfance ainsi que les jeunes et les citoyens en situation précaire.

11.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) est un institut de recherche sans but lucratif fondé en 1999 par l'Université de Regina, l'Université de la Saskatchewan, le ministère de la Santé de la province, la Saskatchewan Association of Health Organizations et la Health Services Utilization and Research Commission. Depuis sa création, le SPHERU joue un rôle clé dans la

⁽¹⁸¹⁾ Saskatchewan Ministry of Education, *Human Services Integration Forum*, <http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/index.shtml>.

promotion de la recherche sur la santé de la population. Les projets de recherche qu'il a entrepris s'articulent autour de trois grands thèmes : la santé des populations du Nord et des Autochtones; la santé des enfants; la santé des populations rurales⁽¹⁸²⁾.

La stratégie provinciale oblige les régions régionales à présenter un rapport sur leurs stratégies de promotion de la santé de la population. Ainsi, la région de Saskatoon a, dans son rapport annuel 2006-2007, traité des comportements en matière de santé qui sont influencés par les conditions socioéconomiques dans sa région et fait état des progrès accomplis vers la promotion de la santé et la prévention des maladies⁽¹⁸³⁾.

(182) Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, *About Our Work*, <http://www.spheru.ca/home>.

(183) Saskatoon Regional Health Authority, *2006-2007 Annual Report to the Minister of Health and the Minister of Healthy Living Services*, 2007, http://www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/documents/shr_annual_report_2006_07.pdf.

12.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les gouvernements des territoires ont surtout produit des documents sur le rôle des déterminants de la santé dans le bien-être des populations du Nord.
- L'importance des déterminants de la santé et la dynamique de leur interaction ne sont pas les mêmes que dans le reste du Canada en raison des réalités propres au Nord, notamment la proportion plus grande d'Autochtones et l'éloignement.
- Les Territoires du Nord-Ouest travaillent depuis longtemps à mettre en œuvre des politiques et des programmes axés sur la santé de la population au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et aussi dans l'ensemble de l'administration publique, mais cela ne va pas sans difficulté.
- En raison des difficultés que pose l'échantillonnage dans les localités du Nord – notamment la taille réduite des échantillons –, les habitants des territoires se trouvent mal représentés dans les études sur la santé de la population. Néanmoins, des indicateurs pertinents ont été intégrés dans les rapports sur l'état de santé de la population des territoires et sont de plus en plus utilisés dans les rapports sur le rendement.

12.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Au cours des dernières décennies, la structure administrative et les responsabilités des gouvernements du Nord ont beaucoup changé. Le transfert de la prestation des services de santé aux territoires, la création du Nunavut et le rôle accru des Premières nations dans les services de santé et les services sociaux ont dynamisé le secteur des politiques et des programmes.

L'interaction des déterminants de la santé est très différente dans le Nord et dans le Sud du pays. L'exploitation des ressources naturelles dans les communautés autochtones se caractérise souvent par une croissance forte et rapide suivie d'un déclin économique qui génère de profonds changements sociaux et culturels et intensifie les

⁽¹⁸⁴⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *Politique en matière de santé de la population dans les Territoires*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité, octobre 2007.

problèmes de santé. L'éloignement des localités pose des difficultés d'accès à des aliments nutritifs et abordables. Dans le rude climat du Nord, il n'est pas aisé d'offrir des logements adéquats. L'évaluation de la perception qu'ont les habitants du Nord de leur état de santé fait ressortir l'influence de facteurs sociaux, sociétaux et culturels sur divers déterminants de la santé, notamment l'appartenance au milieu, le soutien familial et l'accès à des soins adaptés aux réalités culturelles.

i. Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest ont montré la voie en prenant des mesures cohérentes et concertées pour améliorer la santé de la population. Sous la direction du Comité spécial sur les services sociaux et de santé en 1994⁽¹⁸⁵⁾, les programmes de santé et les services sociaux ont été regroupés au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a mis l'accent sur le travail de promotion et de prévention et reconnu l'apport du logement, de l'hygiène de l'environnement, du soutien du revenu et de l'éducation à la santé de la population.

Le gouvernement territorial a accordé beaucoup d'attention à l'harmonisation des services sociaux et de l'ensemble des soins de santé. En 1997, le document préliminaire intitulé *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*⁽¹⁸⁶⁾ préconisait cette harmonisation pour des raisons fonctionnelles et par souci du service à la clientèle. D'un point de vue fonctionnel, l'intégration de la gestion des finances, des ressources humaines et de l'information à l'échelle des unités opérationnelles avait l'avantage d'optimiser le système. Du point de vue du service à la clientèle, il s'agissait non seulement de coordonner les soins, mais aussi d'en assurer la continuité, ce qui exigeait une bonne communication entre les fournisseurs de soins, un transfert facile de l'information et suffisamment de ressources et d'efforts pour servir les personnes dans le besoin. D'un point de vue comme de l'autre, l'harmonisation améliore

⁽¹⁸⁵⁾ Government of Northwest Territories, *Renewed Partnerships: In Response to Talking and Working Together. The Final Report of the Special Committee on Health and Social Services*, Yellowknife, Legislative Assembly, Government of the Northwest Territories, 1994.

⁽¹⁸⁶⁾ Med-Emerg International, *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*, Yellowknife, Northwest Territories Department of Health and Social Services, 1997, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

la prestation des services, et les économies d'échelle et le financement par capitation limitent les coûts⁽¹⁸⁷⁾.

Le plan stratégique affirmait l'engagement du ministère à l'égard de la santé de la population en ce qui concerne les résultats en matière de santé et l'état de santé. Il proposait un mécanisme en bonne et due forme pour rendre compte des résultats qui sont dictés par les habitudes de vie et les facteurs environnementaux, mettant ainsi en valeur le premier objectif stratégique de l'intégration des services sociaux et de santé : veiller à ce que les habitants des Territoires du Nord-Ouest cultivent des habitudes de vie saines dans un environnement sain⁽¹⁸⁸⁾.

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a, en 1998, donné suite au document préliminaire en publiant le rapport *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*⁽¹⁸⁹⁾, qui résumait comme suit les quatre objectifs de santé et de mieux-être du ministère de la Santé et des Services sociaux : 1) améliorer l'état de santé; 2) améliorer les conditions sociales et environnementales; 3) améliorer l'intégration et la coordination des services sociaux et de santé, y compris ceux assurés par les fournisseurs privés, les organismes gouvernementaux, les organismes non gouvernementaux et le secteur bénévole; 4) mettre au point des moyens plus adaptés, responsables et efficaces pour offrir et gérer les services.

Compte tenu de la gamme de déterminants qui agissent sur l'état de santé et les conditions sociales et environnementales propres au Nord, le ministère a précisé que la contribution de nombreux organismes et le soutien de la population étaient essentiels pour que l'on puisse aborder les déterminants de la santé comme l'éducation, la culture, le logement, l'emploi, la situation économique et le milieu physique. Il se voyait jouer un rôle catalyseur en veillant à ce que les ministères, organismes et gouvernements

⁽¹⁸⁷⁾ La capitation est un mode de financement par lequel un montant fixe est transféré à l'unité intégrée en fonction de la taille, des caractéristiques et des besoins de la population protégée par le régime. L'unité intégrée conserve les surplus ou les déficits. La conservation des surplus l'encourage à promouvoir la santé et à prévenir les maladies pour réduire les coûts de traitement.

⁽¹⁸⁸⁾ Med-Emerg International (1997), *op. cit.*, p. 17.

⁽¹⁸⁹⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*, Yellowknife, Department of Health and Social Services, 1998, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

disposent de l'information nécessaire pour adopter une vision d'ensemble dans l'établissement des politiques et des priorités et dans la prise de décisions qui améliorent la santé et le bien-être de la population.

Comme ailleurs au Canada, la mise en œuvre du plan stratégique a posé des difficultés. Un rapport publié en 2001 a révélé que le système des services sociaux et de santé était déficient et mis à rude épreuve : le personnel de première ligne était démoralisé par le manque de ressources; les gestionnaires essayaient tant bien que mal de répondre à des attentes qui paraissaient souvent irréalistes concernant la prestation des services, la production des rapports et la mesure des résultats; le manque de coopération entre les différents acteurs entravait la prestation de services véritablement intégrés et complets⁽¹⁹⁰⁾. Dans ce rapport, on faisait observer que bien d'autres études avaient déjà tiré les mêmes conclusions et recommandé maintes fois de remédier à l'absence continue de suivi ou de progrès.

Soulignant la nécessité d'un changement, le *Plan d'action 2002-2005 – Système de services de santé et de services sociaux des T. N.-O.* a promis plusieurs changements, notamment un meilleur appui du personnel, l'amélioration de la gestion à l'échelle du système et de la reddition de comptes, l'établissement de forums pour la planification conjointe d'initiatives interministérielles et une adéquation plus minutieuse des stratégies opérationnelles avec le plan stratégique du ministère⁽¹⁹¹⁾.

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a présenté le Modèle de prestation de services intégrés, qui décrivait l'intégration des services, la collaboration professionnelle, l'intégration organisationnelle et un ensemble défini de services essentiels qui seraient présents dans le système de services de santé et de services sociaux⁽¹⁹²⁾. Les services essentiels étaient entre autres

⁽¹⁹⁰⁾ George B. Cuff & Associates, *It's Time to Act: A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories*, juin 2001, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

⁽¹⁹¹⁾ Territoires du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Plan d'action en matière de santé et de services sociaux des T. N.-O. 2002-2005*, Yellowknife, 2002, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=25>.

⁽¹⁹²⁾ Territoires du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des TNO*, Yellowknife, 2004,

constitués de la protection, la promotion et la prévention de la santé et mettaient en évidence les habitudes de vie saines et les comportements à risque. Le document proposait clairement un système intégré et bien financé de prévention et de promotion, qui ne serait pas relégué au second plan par les services de traitement et qui reposait sur une approche de la santé de la population correspondant au modèle des soins primaires communautaires. Dans le Plan d'action 2006-2010, les services de promotion et de protection de la santé prévoient des réalisations au chapitre des comportements malsains, de l'itinérance et des programmes scolaires axés sur la santé⁽¹⁹³⁾.

ii. Yukon

Le rapport sur l'état de santé publié en 2003 montrait que le Yukon avait bien compris l'importance des déterminants de la santé et décrivait leur influence sur la santé. Il présentait également des indicateurs de l'éducation, de l'emploi et du revenu⁽¹⁹⁴⁾.

L'approche axée sur la promotion de la santé a été mise en valeur dans le document *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*. Ce compte rendu d'un forum sur la planification des soins de santé primaires recommandait que l'on s'attaque à certains gros problèmes de santé, notamment la consommation abusive d'alcool et de drogues et les maladies chroniques, tout en accordant de l'importance à la réduction des disparités en matière de santé⁽¹⁹⁵⁾. Il recommandait aussi un soutien accru à l'Initiative de collaboration interministérielle entre les ministères de la Justice, de l'Éducation ainsi que de la Santé et des Affaires sociales en vue d'améliorer les relations de travail et de réduire les obstacles à l'échange d'informations.

<http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=49.asp?ID=49> (résumé en français) ou <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp> (document intégral en anglais).

(193) Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services System Action Plan 2006-2010*, Yellowknife, 2006, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

(194) Government of Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, novembre 2003.

(195) Government of Yukon Health and Social Services, *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*, novembre 2003, http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/phctf_report.pdf.

Il était devenu pressant d'investir dans les déterminants non médicaux de la santé au terme d'une période de fragilisation des programmes de logement, des programmes de santé publique et de promotion de la santé, des services à la famille et des services de santé mentale⁽¹⁹⁶⁾. Le Yukon a utilisé sa part des fonds fédéraux de la Stratégie pour le Nord afin de mettre en œuvre les mesures énoncées dans le chapitre du Yukon qui touchent les déterminants de la santé, par exemple :

- Investir au niveau des collectivités dans des ressources éducationnelles qui sont adaptées aux besoins locaux.
- Produire une stratégie pour améliorer les mesures fédérales visant à offrir des logements et des infrastructures connexes qui sont salubres, adéquats, abordables et adaptés aux réalités culturelles.
- Travailler conjointement pour fournir aux collectivités du Yukon les ressources leur permettant de s'adapter aux changements climatiques⁽¹⁹⁷⁾.

iii. Nunavut

Créé en 1999 à la suite de la partition des Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut couvre le cinquième de la superficie terrestre du Canada. En 2007, il comptait 31 113 habitants⁽¹⁹⁸⁾ répartis dans 25 localités, dont la plupart ne sont accessibles que par avion. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut a une division de la santé de la population de 12 employés, qui oriente les activités de promotion de la santé menées dans les centres de santé communautaires de chacune des localités. Ces activités visent entre autres l'accessibilité des aliments nutritifs, les programmes de santé prénatale et de développement de l'enfant et les stratégies concernant les maladies transmissibles, telles que la tuberculose et les maladies transmises sexuellement⁽¹⁹⁹⁾.

⁽¹⁹⁶⁾ Canadian Health Coalition, *Northern Health Care: On Thin Ice?* Ottawa, Canadian Health Coalition, 2003, <http://www.healthcoalition.ca/north-report.pdf>.

⁽¹⁹⁷⁾ Government of Yukon, Northern Strategy Trust, *Northern Strategy: Yukon Chapter*, ébauche, 26 avril 2005, http://www.eco.gov.yk.ca/igr/pdf/yukon_chapter_northern_strategy.pdf.

⁽¹⁹⁸⁾ Statistique Canada. « La population canadienne selon l'âge et le sexe ». *Le Quotidien*, 29 novembre 2007, <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/071129/q071129c.htm>.

⁽¹⁹⁹⁾ Carol Gregson et coll., « Health Promotion in Nunavut: Inspired by Design », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2^e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007.

En 2005, un atelier du gouvernement du Nunavut sur les déterminants sociaux de la santé a fait ressortir les déterminants suivants pour le territoire : acculturation, auto-détermination, éducation, qualité de vie en bas âge, productivité, revenu, répartition du revenu, sécurité alimentaire, services de santé, régime de sécurité sociale, logement et environnement⁽²⁰⁰⁾.

12.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les enquêtes nationales de Statistique Canada comportent généralement une collecte de données distincte dans les territoires à cause des difficultés particulières à la tenue d'enquêtes dans le Nord canadien. Des écarts se produisent entre les chiffres de Statistique Canada et ceux du gouvernement du Yukon⁽²⁰¹⁾. En raison de ces difficultés, il arrive souvent que les populations du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut soient entièrement exclues de l'échantillonnage. En outre, les problèmes d'échantillonnage et les méthodes statistiques propres aux petits échantillons découragent l'examen des données des territoires, pourtant susceptibles d'être utiles aux décideurs locaux ou de jeter un éclairage récent sur des problèmes de santé. Vu les difficultés causées par les échantillons de taille modeste, le nombre restreint de résultats mesurés et la quantité insuffisante de cas étudiés, il arrive fréquemment que les analyses soient impossibles à réaliser à l'échelle des collectivités et qu'elles soient ardues même à l'échelle régionale⁽²⁰²⁾. Il n'est pas rare que les populations des trois territoires soient réunies en un seul échantillon représentant l'ensemble des « territoires » ou, pire, exclues du rapport définitif⁽²⁰³⁾. Comme les populations du Nord sont mal représentées dans les études, elles en viennent à se méfier des méthodes de recherche elles-mêmes, ce qui rend

(200) Nunavut Department of Health and Social Services, *Social Determinants of Health in Nunavut - Workshop Report*, Iqaluit, Government of Nunavut, 2005.

(201) CBC News, *Census Numbers Flawed, Yukon Says*, 15 mars 2007, <http://www.cbc.ca/canada/north/story/2007/03/15/yk-census.html>.

(202) Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services Performance Measurement and Reporting*, Yellowknife, 2003, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

(203) Groupe de travail sur l'Agenda social, *Projet d'Agenda social pour les gens des T. N.-O.*, Yellowknife, 2002, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=26>.

particulièrement difficile l'élaboration de politiques et de programmes à partir de données probantes.

Un autre point qui vient compliquer le travail de recherche dans le Nord est le caractère rural et éloigné des localités. Les études portant sur l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural visent en général une région ou une province donnée, mettent l'accent sur un seul aspect de la santé ou s'appuient sur une seule source de données⁽²⁰⁴⁾. L'information recueillie sur le Nord est donc limitée non seulement par le fait que le programme de recherche est généralement fondé sur des données venant du Sud, mais aussi par une façon d'aborder la recherche qui fait fi des connaissances ancestrales et de la participation de la collectivité. Bien que le modèle établi commence à s'appuyer sur la recherche communautaire et à tenir compte des intérêts, des priorités et des habiletés des communautés autochtones, il reste des éléments à concrétiser : niveau général de participation, diffusion d'informations spécialisées et formation de responsables autochtones des déterminants de la santé dans le Nord. De nombreuses études ont certes été réalisées sur la santé de la population autochtone du Canada, mais il y en a eu peu sur l'éventail complet des déterminants de la santé⁽²⁰⁵⁾.

En dépit de ces difficultés, la mesure du rendement et la production de rapports par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest et le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon constituent de remarquables exemples à suivre. Le *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO* présente non seulement les indicateurs de l'état de santé et de la mortalité, mais aussi les influences socioéconomiques et environnementales sur la santé, l'hygiène de vie personnelle, le mieux-être social et, dans l'édition de 2005, le développement d'enfants en santé⁽²⁰⁶⁾. Il renferme une introduction qui fait état de la documentation en général

(204) Initiative sur la santé de la population canadienne, *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/pdf/rural_canadians_2006_report_f.pdf.

(205) T. Kue Young, « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, vol. 327, p. 419 à 422, 2003, <http://www.bmj.com/cgi/reprint/327/7412/419>.

(206) Les Territoires du Nord-Ouest ont publié en 1999 un rapport sur l'état de santé vu sous l'angle de la santé de la population. Premier rapport sur l'état de santé produit après la création du Nunavut, il sert de repère pour l'évaluation des progrès futurs. Le plus récent rapport est le suivant : Territoires

pour faire comprendre le lien entre chaque déterminant et l'état de santé. Il n'essaie toutefois pas d'établir de lien entre ses propres données sur les déterminants et la santé de la population. Les mêmes atouts et limites caractérisent le rapport sur l'état de santé de la population du Yukon⁽²⁰⁷⁾. Au Nunavut, les rapports sur l'état de santé se limitent en grande partie à présenter des indicateurs comparables de la santé, ce qui correspond aux engagements pris dans le communiqué publié par les premiers ministres en septembre 2000, qui encourageait tous les ministres de la santé à utiliser des indicateurs comparables pour rendre compte de l'état de santé de la population, des résultats en matière de santé et de la qualité des services⁽²⁰⁸⁾.

du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO 2005*, Yellowknife, 2005,
<http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=76>.

(207) Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, Whitehorse, 2003,
<http://www.inchr.org/Doc/November05/healthstatus03.pdf>.

(208) Nunavut, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Nunavut sur les indicateurs comparables de la santé*, Iqaluit, 2004,
http://www.gov.nu.ca/health/PIRC_FRENCH_FINAL_LOW.pdf.

Les chapitres précédents ont donné un aperçu des efforts déployés par chacun des gouvernements canadiens pour élaborer des politiques sur la santé de la population, les mettre en œuvre et les évaluer. Le présent chapitre résume les enseignements tirés de l'examen comparatif des mesures fédérales, provinciales et territoriales prises pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en matière de santé.

-

13.1 LE CONCEPT DE « SANTÉ DE LA POPULATION »

La santé de la population n'est pas un nouveau concept. Elle a été véritablement mise en valeur pour la première fois au Canada dans le rapport Lalonde de 1974, qui a marqué un tournant et a été reconnu dans le monde entier. Par la suite, le concept a évolué pour privilégier la réduction des disparités en matière de santé en même temps que l'amélioration de l'état de santé général. Dans les trois décennies qui ont suivi le rapport Lalonde, le gouvernement fédéral et tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont accordé énormément d'attention à la santé de la population, et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a contribué pour beaucoup à faire progresser le concept au Canada.

Et pourtant, les déterminants de la santé, la santé de la population et les disparités en matière de santé sont encore des concepts mal connus et mal compris. On les associe généralement à la responsabilité, très délicate politiquement, des services de traitement, qui relèvent des ministères de la santé. Un seul Canadien sur trois comprend que les grands déterminants non médicaux de la santé – revenu, éducation et logement, par exemple – sont liés à la santé⁽²⁰⁹⁾. Les politiciens et les médias du Canada n'ont pas réussi à faire comprendre au public l'importance des déterminants non médicaux de la santé et de l'optimisation de la santé de la population. Les profonds changements

⁽²⁰⁹⁾ Elyzabeth Gyorfí-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, 8 novembre 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf.

structurels nécessaires pour favoriser un investissement dans la santé de la population ne se produiront pas sans volonté politique ni sensibilisation du public. Comme les politiciens doivent rendre des comptes aux électeurs, il est difficile de réaliser des changements qui ne reçoivent pas l'appui du public. Les changements d'orientation qui mettent beaucoup de temps avant d'aboutir devront être parfaitement compris par le public pour pouvoir s'étendre sur des mandats politiques successifs. Dans certaines provinces, comme nous l'avons vu plus haut, la réforme a été interrompue par un changement de gouvernement.

Au sein de l'administration gouvernementale, le discours sur la santé de la population et sur les disparités en matière de santé demeure surtout le propre des ministères de la santé et des chercheurs du domaine. Environ 58 p. 100 des hauts fonctionnaires sondés dans l'ensemble des ministères fédéraux et provinciaux ont dit connaître bien ou très bien les déterminants de la santé de la population, mais 83 p. 100 d'entre eux signalaient avoir besoin d'être mieux renseignés sur les conséquences sur la santé des options politiques envisagées par leur ministère. Une partie des répondants ne croyaient pas devoir prendre en considération l'impact de toutes les grandes initiatives gouvernementales sur la santé : 45 p. 100 dans les ministères de finances, contre 20 p. 100 dans les ministères du travail et 6 p. 100 dans les ministères de la santé et des services sociaux⁽²¹⁰⁾. Ces résultats indiquent que le secteur de la santé, même s'il fait énergiquement la promotion de l'approche axée sur la population, ne convainc pas les autres secteurs de s'engager dans des initiatives interministérielles de longue haleine visant la santé de la population ou les disparités en matière de santé.

13.2 OBJECTIFS ET CIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Chaque province a fixé des objectifs de santé entre 1989 et 1998, et les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé en ont fait autant pour le Canada en 2005. Inspirés par le mouvement « Santé pour tous » lancé en 1984 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, les objectifs de santé ont eu la faveur des décideurs,

⁽²¹⁰⁾ John N. Lavis et coll., « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations? », *American Journal of Public Health*, avril 2003, p. 658 à 663, <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/93/4/658>.

en partie au moins parce qu'ils offraient une approche rationnelle de l'élaboration de politiques censée produire des résultats efficaces et efficients ainsi que des buts, indicateurs, cibles, stratégies et actions mesurables⁽²¹¹⁾.

À la fin des années 1990, la plupart des provinces n'utilisaient plus expressément les objectifs de santé pour orienter l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques sur la santé de la population. Ces objectifs avaient été remplacés par des plans d'activité dans la majorité des ministères de la santé et des régions régionales. Toutefois, les décideurs des régions régionales ont continué d'accorder la priorité aux objectifs du système de santé par rapport aux autres⁽²¹²⁾.

Bien que définis dans l'ensemble du pays et entérinés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé, les objectifs de santé de haut niveau ne se sont pas encore traduits par une stratégie nationale ou des changements mesurables dans la santé de la population. Il n'y a pas encore eu non plus de cibles nationales qui ont été fixées pour la réduction des disparités en matière de santé.

Il est évident que l'établissement d'objectifs de santé peut aider à canaliser les ressources vers la santé de la population, encourager la surveillance des progrès dans les indicateurs de la santé et stimuler l'amélioration des systèmes d'information sur la santé. Il reste que, pour les dirigeants politiques, les objectifs et les cibles sont une arme à double tranchant. Ils rehaussent l'obligation de rendre compte d'améliorations quantifiables, nécessitent la réaffectation de ressources précieuses et, si les objectifs ne sont pas atteints, finissent par compromettre les chances de se faire réélire⁽²¹³⁾.

⁽²¹¹⁾ Treena Chomik et James Frankish, « Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets », *Canadian Journal of Public Health*, 1999, p. S39 à S42; Martin McKee et Naomi Fulop, « On target for health », *British Medical Journal*, 2000, p. 327 et 328.

⁽²¹²⁾ Deanna L. Williamson et coll., « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 64, 2003, p. 173 à 191.

⁽²¹³⁾ Treena Chomik et James Frankish (1999), *op. cit.*

13.3 ÉVALUATION DES INCIDENCES SUR LA SANTÉ

Les déterminants de la santé les plus puissants ne relèvent pas du secteur de la santé. Ce sont les politiques des autres secteurs qui sont le plus susceptibles d'améliorer (ou d'empirer) la santé et le bien-être de la population et de réduire les disparités. Il importe donc d'évaluer les incidences possibles de ces politiques avant leur mise en œuvre. L'évaluation des incidences sur la santé est un moyen structuré de prévoir les effets possibles d'une politique sur la santé de la population et, si on le souhaite, sur les disparités en matière de santé.

En 1997, un mémoire présenté au Cabinet fédéral a recommandé que les politiques et les programmes fédéraux fassent l'objet d'évaluations des incidences sur la santé. Différentes provinces ont aussi recommandé l'utilisation de cet outil, mais jusqu'à présent, seul le Québec a voté une loi rendant obligatoire l'analyse de l'impact des projets de loi et de règlement sur la santé. Cette loi habilite le ministre québécois de la Santé à donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population. De façon générale, l'application d'un mécanisme d'évaluation des incidences est l'une des premières étapes vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population; elle conduit aussi à une meilleure compréhension de l'influence des politiques publiques sur la santé de la population.

13.4 SURVEILLANCE, ÉVALUATION ET RECHERCHE

La capacité de recherche et de collecte de données sur la santé de la population a beaucoup progressé au Canada. Des résultats d'enquêtes sur la santé de la population, les déterminants et les disparités sont accessibles, et de nombreux programmes de recherche sur la santé mettent l'accent sur les déterminants non médicaux.

Au niveau national, il existe une importante infrastructure du savoir sur la santé, notamment l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, les centres de collaboration nationale et les ministères et organismes fédéraux comme Statistique Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Au niveau provincial, le Centre for Health Policy and Evaluation du Manitoba dispose d'un répertoire de données intégré, complet et unique qui non seulement génère de l'information valable sur les types de soins et de maladies, mais fait aussi le lien avec divers déterminants de la santé, y compris le revenu, l'éducation, l'emploi et la condition sociale. À Terre-Neuve-et-Labrador, les comptes communautaires donnent accès à des informations et indicateurs clés sur la situation socioéconomique et la santé par région. L'enquête de la Colombie-Britannique sur la santé et le mieux-être est un autre outil prometteur permettant d'améliorer les informations accessibles aux décideurs qui adoptent une approche axée sur la santé de la population. Ensemble, ces nouveaux outils et organismes de recherche offrent au Canada une occasion sans précédent d'orienter l'élaboration des politiques et la prise de décisions, de mesurer les résultats et d'apporter des changements concrets dans le domaine de la santé de la population. Il importe que toutes les enquêtes et initiatives nationales soient coordonnées avec les travaux des infrastructures du savoir provinciales, territoriales et locales et des centres universitaires.

Il reste toutefois des questions à régler. Par exemple, un consensus s'impose sur les indicateurs qui permettent le meilleur suivi des tendances dans les disparités en matière de santé. Il faut également améliorer la collecte des données : il n'y a pas toujours de données accessibles sur la santé de la population au niveau territorial ou régional, ou encore au niveau des quartiers. Et malgré les nombreuses études en train d'être réalisées sur la santé de la population et les disparités, il demeure nécessaire de tirer plus de conclusions factuelles sur les politiques et les programmes qui sont efficaces ou non au niveau de la population. Il nous reste à accroître notre compréhension des politiques et des programmes à mettre en place pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en matière de santé⁽²¹⁴⁾.

⁽²¹⁴⁾ Glenda Yeates, ISPC de l'ICIS, mémoire présenté au Sous-comité, 13 février 2008.

13.5 RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

On se préoccupe de l'« impérialisme de la santé » en haut lieu. Aux yeux de certains, les ministères de la santé peuvent avoir tendance à dicter leur façon d'agir aux autres secteurs, surtout si le secteur de la santé n'a pas lui-même adopté de mesures substantielles. Il ne suffit pas de prendre acte du rôle essentiel des autres secteurs dans l'établissement de mesures qui leur sont propres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités; ces autres secteurs doivent faire valoir leur « mérite » auprès du public et des dirigeants politiques. Le principal défi pour les ministères de la santé est d'encourager et, par des arguments convaincants, d'amener les autres ministères dont les programmes influent sur les déterminants non médicaux de la santé à participer à l'élaboration de la politique sur la santé de la population. Un engagement en bonne et due forme de la part du gouvernement faciliterait grandement l'action intersectorielle.

13.6 RÉGIONALISATION

Bien que toutes les provinces aient connu une période de régionalisation des services de santé, les régies régionales de la santé utilisent les déterminants de la santé de façon très inégale. Certaines régies se servent de cadres de la santé de la population pour planifier et fournir les services, mais il s'agit de l'exception plutôt que de la règle. Une enquête effectuée auprès des régies régionales au Canada montre que, même parmi celles qui ont adopté cette approche, les déterminants utilisés varient. Le développement de l'enfant et l'hygiène de vie personnelle reçoivent le plus d'attention, dans les activités internes comme intersectorielles, tandis que la culture, le sexe et l'emploi/les conditions de travail sont les déterminants qui en reçoivent le moins. En outre, les efforts pour assurer une coordination intersectorielle avec des organismes qui s'intéressent à d'autres déterminants, comme l'éducation, le logement ou le

développement de la petite enfance, ne sont pas encouragés lorsque les rapports verticaux restent limités au secteur⁽²¹⁵⁾.

Les régies régionales qui s'efforcent d'utiliser des cadres de santé de la population pour le travail de planification et de prise de décisions ont besoin de formation, d'outils et de soutien venant des échelons supérieurs. C'est le constat qui a été fait à l'Île-du-Prince-Édouard, où la régionalisation a affaibli la coopération interrégionale. La Colombie-Britannique fait appel à son réseau de la santé de la population pour fournir un soutien nécessaire au personnel des régies régionales chargé de la santé de la population.

13.7 FINANCEMENT

Le Cabinet fédéral a officiellement adopté une politique pangouvernementale sur la santé de la population en 1997, mais d'importantes compressions budgétaires ont entravé sa mise en œuvre. Seul un des 18 ministères associés à la politique – Santé Canada – a fait le nécessaire pour aborder ses programmes et initiatives sous l'angle de la santé de la population. De même, l'application de la politique sur la santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard a été sérieusement limitée par la réduction des paiements de transfert fédéraux, ce qui a eu pour effet de réduire les dépenses provinciales destinées à la santé de la population. Les initiatives provinciales qui ont coïncidé avec la réduction des paiements de transfert fédéraux au milieu des années 1990 sont arrivées à un bien mauvais moment. Cette situation, conjuguée à une croissance continue des coûts de la santé qui est supérieure au taux d'inflation, a sérieusement compromis et parfois voué à l'échec les réformes en matière de santé de la population pilotées par le secteur de la santé.

Un autre problème de financement concerne la réaffectation des fonds. En Ontario, un réseau local d'intégration des services de santé qui tente actuellement

⁽²¹⁵⁾ Frankish, C. J., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., Casebeer, A. L., Eyles, J. D., Labonte, R. et Evoy, B. E., « Addressing the Non-Medical Determinants of Health: A Survey of Canada's Health Regions », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, n° 1, 2007, p. 41 à 47.

d'appliquer une approche axée sur la santé de la population trouve que la réaffectation des fonds est un obstacle de taille aux investissements dans les déterminants non médicaux de la santé. Les mécanismes de financement n'ont pas encore été remaniés de façon à mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, sans parler des déterminants non médicaux, plutôt que sur la hausse continue des coûts du système de santé⁽²¹⁶⁾.

13.8 ACTION INTERSECTORIELLE

Comme les provinces et les territoires canadiens sont directement responsables d'un bon nombre des principaux déterminants (éducation, sécurité du revenu, emploi, services de santé, développement de la petite enfance, logement, etc.), c'est à ce niveau que se trouvent les occasions les plus prometteuses d'approche interministérielle. Dans des provinces et des territoires tels que le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard (au cours de sa réforme) et les Territoires du Nord-Ouest, où les services sociaux et de santé sont regroupés dans un même ministère, il est possible de simplifier la coordination des politiques pour l'éventail complet des déterminants de la santé.

Les provinces ont utilisé des mécanismes très divers pour établir les priorités pangouvernementales, par exemple des comités du Cabinet, des groupes de travail interministériels (au niveau des sous-ministres adjoints), des conseils du premier ministre ou une intervention de haut niveau dans certains cas. Les approches pangouvernementales actuelles s'articulent généralement autour d'un seul déterminant, ce qui est limitatif : par exemple les pratiques d'hygiène personnelle pour ActNow BC, le développement de la petite enfance pour Enfants en santé Manitoba ou la pauvreté dans le cadre du plan d'action anti-pauvreté du Québec.

Certaines structures intersectorielles régionales établies à l'extérieur des ministères de la santé semblent efficaces pour promouvoir la collaboration et le

⁽²¹⁶⁾ D^r Andrew Pipe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Témoignages*, 6 février 2008.

partenariat, comme en font foi les comités directeurs régionaux à Terre-Neuve-et-Labrador et les comités intersectoriels régionaux en Saskatchewan.

L'exemple du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population est digne d'être mentionné, car cet organisme a réussi à dégager un consensus fédéral-provincial-territorial en faveur d'orientations politiques sur la santé de la population, suivi d'une collaboration pour le travail d'élaboration et de soutien. Il a joué un rôle prépondérant dans l'adoption d'une approche intégrée et à long terme de la santé de la population et dans la coordination des secteurs concernés. Les deux ordres de gouvernement se sont engagés en principe à s'attaquer aux disparités en matière de santé, mais ils ne se sont pas encore entendus sur une liste de mesures à prendre ni sur la désignation d'un organisme qui dirigerait les efforts pour réduire les disparités au Canada. Il faut chercher à mieux comprendre ce qui a empêché le beau travail fédéral-provincial-territorial de se traduire par des actions concrètes.

Le gouvernement fédéral n'a pas réussi non plus à mettre en œuvre une approche pangouvernementale complète axée sur la santé de la population et ce, malgré le modèle établi par Santé Canada pour faciliter l'application d'une politique sur la santé de la population tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs. En revanche, l'expérience acquise a porté ses fruits et a été riche d'enseignements. À titre d'exemple, l'Initiative de lutte contre la violence familiale a amené sept ministères fédéraux à travailler avec des gouvernements provinciaux et territoriaux, des groupes communautaires, des associations professionnelles et des organismes du secteur privé pour établir une stratégie intersectorielle de prévention de la violence familiale.

L'action énergique de nos gouvernements, décrite plus haut, montre qu'il n'y a pas qu'un seul type d'interventions ou un seul mécanisme intersectoriel qui soit acceptable pour améliorer la santé de la population ou réduire les disparités en matière de santé. Le Canada a acquis une vaste expérience sur laquelle s'appuyer, mais il reste que l'adoption d'énoncés de politique, de stratégies, d'objectifs et de buts ne s'est pas traduite par une action correspondante sur le terrain, là où se joue la santé des gens.

Malheureusement, la grande majorité des beaux énoncés de politique fédéraux, provinciaux et territoriaux qui ont été produits depuis la parution du rapport Lalonde il y a 30 ans pour mettre l'accent sur la santé de la population, les disparités en matière de santé et les déterminants non médicaux de la santé demeurent avant tout des paroles bien intentionnées, mais creuses. Les Canadiens méritent mieux!

13.9 POURQUOI Y A-T-IL ENCORE DE SÉRIEUSES DISPARITÉS EN SANTÉ AU CANADA?

Malgré toutes les ressources existantes et les nombreuses mesures gouvernementales décrites dans le présent rapport, le Canada ne se classe pas beaucoup mieux que les autres pays. À titre d'exemple, les données de l'Organisation mondiale de la Santé placent le Canada au 9^e rang sur 30 pays pour l'espérance de vie en santé à la naissance chez les femmes. Les statistiques de l'UNICEF signalent que le Canada se classe seulement 12^e sur 21 pays industrialisés au chapitre du bien-être des enfants. De plus, la dernière édition de l'indice d'utilisation des services de santé d'Euro-Canada classe le Canada 23^e sur 30 globalement et 30^e sur 30 au chapitre de l'optimisation des ressources. Autrement dit, cet indice montre que nous dépensons plus en soins de santé que les autres pays concernés pour obtenir des résultats moindres.

Ces chiffres peu rassurants indiquent que nous avons fait des choix malencontreux dans la prestation des services de santé. À première vue, le problème semble être un manque d'investissement dans la santé de la population et des investissements exagérés dans un système de santé très inefficace. L'autre grand problème tiendrait au manque de ressources communautaires utiles permettant d'intégrer les ressources en santé et de les évaluer par rapport à une dizaine de grands déterminants de la santé.

Il est à espérer que notre étude aidera les gouvernements, le secteur privé et les ONG à se concerter pour régler cette situation préoccupante, car une mauvaise santé de la population et les disparités en santé sont un obstacle à la prospérité.

ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|--|---|---------------------|-----------------|
| 39^e législation 1^e session | | | |
| Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé | L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire | 22-02-2007 | 1 |
| Institut de recherche sur la santé des populations | Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé | 28-02-2007 | 1 |
| Provincial Health Services Authority, B.C. | Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies | 28-02-2007 | 1 |
| School of Health Policy and Management - Université York | Dennis Raphael, Professor | 28-02-2007 | 1 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux | 21-03-2007 | 2 |
| Kunin-Lunenfield Applied Research Centre | Sholom Glouberman, scientifique associé | 21-03-2007 | 2 |
| Agence de santé publique du Canada | Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales | 21-03-2007 | 2 |
| Agence de santé publique du Canada | Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des | 21-03-2007 | 2 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|---------------------|-----------------|
| | maladie chroniques | | |
| Statistique Canada | Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement | 21-03-2007 | 2 |
| Institut de la santé publique et des populations | Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada | 28-03-2007 | 2 |
| Santé et politiques sociales dans le monde | Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde | 28-03-2007 | 3 |
| Université McGill | Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations | 28-03-2007 | 3 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques | 25-04-2007 | 3 |
| Affaires indiennes et du Nord Canada | Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales | 25-04-2007 | 3 |
| Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba | John O'Neil, professeur et directeur | 25-04-2007 | 3 |
| Santé Canada | Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits | 25-04-2007 | 3 |
| Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC | Dr Jeff Reading, directeur scientifique | 25-04-2007 | 3 |
| Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit | Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada | 02-05-2007 | 3 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|---|---------------------|-----------------|
| Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) | Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications | 02-05-2007 | 3 |
| Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie | Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé | 02-05-2007 | 3 |
| Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) | Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire | 02-05-2007 | 3 |
| Université de Toronto | Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique | 02-05-2007 | 3 |
| Observatoire Vieillessement et Société (OVS) | Dr André Davignon, fondateur | 16-05-2007 | 4 |
| Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse | Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés | 16-05-2007 | 4 |
| Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés | Margaret Gillis, directrice | 16-05-2007 | 4 |
| Association canadienne de gérontologie | Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's | 16-05-2007 | 4 |
| The CHILD Project | Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP) | 30-05-2007 | 4 |
| Instituts de recherche en santé du Canada | Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents | 30-05-2007 | 4 |
| Council of Early Child Development | Stuart Shankar, professeur, président | 30-05-2007 | 4 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|--|--|---------------------|-----------------|
| Manitoba Métis Foundation | Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | David Chartrand, ministre de la Santé | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé | 31-05-2007 | 4 |
| Ralliement national des Métis | Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse | 31-05-2007 | 4 |
| Ministère de la Santé de C.B. | Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef | 01-06-2007 | 5 |
| Manitoba Métis Foundation | Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba | 01-06-2007 | 5 |
| Institut de la santé des Autochtones | Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales | 01-06-2007 | 5 |
| Pauktuutit Inuit Women of Canada | Jennifer Dickson, directrice générale | 01-06-2007 | 5 |
| Association des femmes autochtones du Canada | Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé | 01-06-2007 | 5 |
| Indigenous People's Health Research Centre | Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien | 01-06-2007 | 5 |
| Inuit Tapiriit Kanatami | Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé | 01-06-2007 | 5 |
| Association nationale des | Alfred J. Guay, analyste des | 01-06-2007 | 5 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|------------------------|--------------------|
| centres d'amitié | politiques | | |
| Assemblée des Premières Nations | Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social | 01-06-2007 | 5 |
| Université de l'Alberta | Malcom King, professeur, Faculté de médecine | 01-06-2007 | 5 |
| Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada | Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest | 01-06-2007 | 5 |
| Université de Toronto | Chandrakant P. Shah, professeur émérite | 01-06-2007 | 5 |
| Congrès des Peuples Autochtones | Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire | 01-06-2007 | 5 |
| 39^e législation 2^e session | | | |
| Ministère de la Santé et des Affaires sociales | Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique | 22-11-2007 | 1 |
| Institut national de santé publique de Suède | Dr. Gunnar Agren, directeur général | 22-11-2007 | 1 |
| Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique | Dr. Piroska Ostlin, chercheur principal | 22-11-2007 | 1 |
| Institut national de santé publique de Suède | Bernt Lundgren | 22-11-2007 | 1 |
| The Quaich Inc. | Patsy Beattie-Huggan, présidente | 30-11-2007 | 1 |
| L'université McMaster | John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre | 30-11-2007 | 1 |
| Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard | Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel | 30-11-2007 | 1 |
| Groupe d'étude sur les politiques et la santé | France Gagnon, professeure et co-directrice | 05-12-2007 | 2 |
| Université de Montréal | Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe | 05-12-2007 | 2 |

| ORGANISATION | NOM / TITRE | DATE DE COMPARUTION | NO DE FASCICULE |
|---|--|---------------------|-----------------|
| Ministère de la santé du Royaume-Uni | Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé | 11-12-2007 | 2 |
| Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B. | Lex Baas, directeur de la santé des populations | 12-12-2007 | 2 |
| Université de la Colombie-Britannique | James Frankish, professeur et directeur | 12-12-2007 | 2 |
| Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario | Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques | 06-02-2008 | 3 |
| Réseau d'intégration des services de santé de Toronto | Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification | 06-02-2008 | 3 |
| l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa | Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation | 06-02-2008 | 3 |
| L'Institut canadien d'information sur la santé | Glenda Yeates, présidente-directrice générale | 13-02-2008 | 3 |
| L'Institut canadien d'information sur la santé | Keith Denny, gérant a l'intérim | 13-02-2008 | 3 |
| L'université de Manitoba | Noralou Roos, professeur, faculté de médecine | 13-02-2008 | 3 |
| Agence de santé publique du Canada | Jim Ball, directeur général, initiatives stratégiques | 27-02-2008 | 3 |
| Finances Canada | Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale | 27-02-2008 | 3 |
| Conseil du Trésor du Canada | Sally Thornton, affaires indiennes et Santé | 27-02-2008 | 3 |

Public Health Agency of Canada:

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer.

Institute for Research on Public Policy:

Mel Cappe, President.

Individuals:

Laura Corbett, Consultant;

David Dodge, Former Governor of the Bank of Canada;

Beverly Nickoloff, Consultant;

John Wright, Former Deputy Minister of Finance and Health,
Saskatchewan.

Access Consulting:

Steven Lewis, Consultant.

Canadian Public Health Association:

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

Conference Board of Canada:

Diana MacKay, Associate Director, Education and Learning.

Canadian Policy Research Networks:

Sharon Manson Singer, President.

Dalhousie University:

Lars Osberg, Department of Economics.

University of Montreal:

Louise Potvin, Professor, Department of Social and Preventative
Medicine.

*Institute of Aboriginal People's Health for the Canadian Institutes of
Health Research:*

Dr. Jeff Reading, Scientific Director.

Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Armine Yalnizyan, Senior Economist.

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique
du Canada.

Institut de recherche en politiques publiques :

Mel Cappe, président.

À titre personnel :

Laura Corbett, consultante;

David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada;

Beverly Nickoloff, consultante;

John Wright, ancien sous-ministre, ministère des Finances et
ministère de la Santé, Saskatchewan.

Access Consulting :

Steven Lewis, consultant.

Association canadienne de santé publique :

Debra Lynkowski, directrice générale.

Conference Board du Canada :

Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage.

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques :

Sharon Manson Singer, présidente.

Université Dalhousie :

Lars Osberg, Département d'économie.

Université de Montréal :

Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et
préventive.

*Institut de la santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en
santé du Canada :*

Dr Jeff Reading, directeur scientifique.

Association médicale canadienne :

William Tholl, secrétaire général.

Centre canadien de politiques alternatives :

Armine Yalnizyan, économiste principale.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

Glenda Yeates, présidente-directrice générale.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Editions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, April 2, 2008

McMaster University:

Dr. Salim Yusuf, Professor, Department of Medicine.

Wednesday, April 9, 2008

McMaster University:

Dr. Sonia Anand, Associate Professor, Department of Medicine.

Queen's University:

Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor;

Kristan Aronson, Professor of Epidemiology.

Wednesday, April 18, 2008

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner.

McMaster University:

Gina Browne, Professor of Nursing and Clinical Epidemiology.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 2 avril 2008

Université McMaster :

Dr. Salim Yusuf, professeur, Département de médecine.

Le mercredi 9 avril 2008

Université McMaster :

Dre Sonia Anand, professeur associée, Département de médecine.

Université Queen's :

Karen Hitchcock, directrice et vice-chancelière;

Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie.

Le mercredi 18 avril 2008

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire.

Université McMaster :

Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie clinique.

(Suite à la page précédente)



